

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

A PERDA DA VIA ORAL NA PESSOA EM SITUAÇÃO DE FIM DE VIDA

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas comuns e especializadas
na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

THE LOSS OF ORAL INTAKE IN THE END-OF-LIFE PATIENT

Project for the development of common and specialized clinical skills
in the area of nursing for people in palliative care

INTERNSHIP REPORT

Autor

Sónia Manuela Marinho Vieira

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Paliativa**

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A PERDA DA VIA ORAL NA PESSOA EM
SITUAÇÃO DE FIM DE VIDA

THE LOSS OF ORAL INTAKE IN THE END-OF-LIFE
PATIENT

Orientador(es)

Marisa da Conceição Gomes Lourenço
Professor Adjunto, Doutor

Autor

Sónia Manuela Marinho Vieira

Porto, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

*"A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer
o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento"*

Platão

RESUMO

Introdução: Os cuidados paliativos definem-se como "cuidados holísticos ativos, prestados a pessoas de todas as idades com sofrimento intenso relacionado com a saúde devido a doença grave, especialmente àquelas que se encontram no final da vida. O objetivo dos Cuidados Paliativos é melhorar a qualidade de vida dos clientes, das suas famílias e dos seus cuidadores" (Radbruch et al., 2020). Nos dias de hoje, e perante o aumento da morbilidade e da mortalidade associadas ao aparecimento de doenças crónicas, oncológicas e neurológicas, resultado do envelhecimento populacional e do aumento da esperança média de vida aliada aos avanços na Medicina, torna-se imprescindível que o enfermeiro detenha competências especializadas que lhe permitam prestar cuidados de elevada complexidade. A formação especializada em cuidados paliativos deverá ser um aspeto fundamental, exigindo-se a intervenção do enfermeiro especialista em aspetos fundamentais na abordagem ao cliente e família, com especial enfoque na gestão clínica e ética da perda da via oral em contexto de fim de vida.

Objetivo: Apresentar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa, realizado no âmbito do estágio de natureza profissional, no contexto de uma unidade de cuidados paliativos e de uma equipa intra-hospitalar de Suporte em cuidados paliativos .

Metodologia: O presente relatório adota uma metodologia descritiva, crítico-reflexiva, orientada para a demonstração das competências profissionais adquiridas, conforme o estipulado na legislação nacional para a obtenção do grau de mestre e de acordo com os domínios de competência definidos pela ordem dos enfermeiros. A temática orientadora incide na intervenção especializada do enfermeiro especialista perante a perda da via oral na pessoa em fim de vida.

Resultados: Apresentam-se as atividades desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas em enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação paliativa, e ainda, a elaboração de uma revisão narrativa da literatura sobre a temática, que fundamentaram a prática clínica com base em evidência científica atualizada.

Conclusão: O desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, realça o seu papel fundamental em cuidados paliativos na gestão da complexidade da perda da via oral, mediando decisões éticas e práticas com o cliente, a família e com os profissionais de saúde, promovendo práticas que objetivem o conforto e garantindo

intervenções alinhadas com os valores e expectativas dos envolvidos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Competências Específicas; Enfermeiro Especialista; Perda da via oral; Fim de vida

ABSTRACT

INTRODUCTION: Palliative care is "the active holistic care of individuals across all ages with serious health-related suffering due to severe illness and especially of those near the end of life. It aims to improve the quality of life of patients, their families and their caregivers" (Radbruch et al., 2020). Nowadays, the increase in morbidity and mortality associated with the emergence of chronic, oncological and neurological diseases, the result of an ageing population and an increase in average life expectancy, combined with advances in medicine, makes it imperative for nurses to have specialised skills that enable them to provide highly complex care. Specialized training in palliative care should be a fundamental aspect, requiring the intervention of the specialist nurse in key aspects of the approach to patient and family, with a particular emphasis on the clinical and ethical management of the loss of the oral intake in end-of-life context.

OBJECTIVE: To present the path of acquisition and development of common and specific competences of the specialist nurse in medical-surgical nursing in the area of the patient in a palliative situation, carried out within the scope of the professional internship, in the context of a palliative care unit and an intra-hospital palliative care support team.

METHODOLOGY: This report adopts a descriptive, critical-reflective methodology, aimed at demonstrating the professional competences acquired, as stipulated in the national legislation for obtaining a master's degree and in accordance with the domains of competence defined by the Order of Nurses. The guiding theme focuses on the specialised intervention of the specialist nurse when faced with the loss of the oral intake of the end-of-life patient.

RESULT: The activities developed in the specialized training that contributed to the development of common and specific competences in medical-surgical nursing for people in a palliative situation are presented, as well as the preparation of a narrative review of the literature on the subject, which substantiated clinical practice based on up-to-date scientific evidence.

CONCLUSION: The development of common and specific specialist nurse competences emphasises their fundamental part in palliative care managing the complexity of the loss of the oral route, mediating ethical and practical decisions with the client, the family and health professionals, promoting practises that aim for comfort and guaranteeing interventions in line with the values and expectations of those involved.

KEYWORDS: Palliative Care; Specific Competences; Specialist Nurse; Loss of oral intake; End-of-life.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

- AHA- Alimentação e Hidratação Artificiais
- CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- cm- Centímetro
- CNCP- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
- CP- Cuidados Paliativos
- D.^a- Dona
- DIB- Difusor Elastomérico
- EE- Enfermeiro Especialista
- EIHSCP- Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
- ENP- Estágio de Natureza Profissional
- ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto
- ICN - International Council of Nurses
- N.^o- Número
- OE- Ordem dos Enfermeiros
- OMS- Organização Mundial de Saúde
- p.- página
- PEDCP- Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos
- SC - Subcutânea
- SNS- Sistema Nacional de Saúde
- UCP- Unidade de Cuidados Paliativos
- RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- RNCP- Rede Nacional de Cuidados Paliativos

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
RESUMO	5
ABSTRACT	7
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	9
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	13
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	15
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	21
3. CASO CLÍNICO 1	27
3.1. Enquadramento teórico	27
3.2. Clientes	31
3.3. Medicação	32
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	32
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	36
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	37
3.5. Domínios	40
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	41
3.6. Conceção de Cuidados	48
3.7. Especificação das intervenções	54
3.8. Síntese relativa ao caso	56
4. CUIDADOR CASO CLÍNICO 1	59
4.1. Enquadramento teórico	59
4.2. Clientes	59
4.3. Domínios	59
4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	60
4.4. Conceção de Cuidados	62
4.5. Especificação das intervenções	63
4.6. Síntese relativa ao caso	65
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	67
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	93
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	105

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Processo de identificação e inclusão de documentos segundo o modelo PRISMA-Diagrama de Fluxo (*Joanna Briggs Institute*)

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Sinais/Sintomas/ Problemas dos clientes internados na UCP

Gráfico 2- Sinais/ Sintomas/ Problemas dos clientes seguidos pela EIHSCP

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos Estudos

Tabela 2- Percepções e desafios dos profissionais de saúde e da família da pessoa em situação paliativa acerca do processo de tomada de decisão na gestão de alimentos e de líquidos

Tabela 3- Dimensões de influência nos profissionais de saúde e na família da pessoa em situação paliativa acerca do processo de tomada de decisão na gestão de alimentos e de líquidos

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A realização do presente relatório surge no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP) com Relatório- Módulo II, que integra o plano de estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), do ano letivo 2024/2025 em dois contextos clínicos distintos de cuidados paliativos: uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) e uma Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), de acordo com os princípios técnico científicos definidos pela ESEP e com base nas recomendações da Ordem dos Enfermeiros (OE) para o desenvolvimento das competências profissionais (Regulamento nº 429/2018 e Regulamento 140/2019 da OE).

O relatório de estágio tem como objetivos, apresentar e refletir sobre as atividades realizadas no ENP para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Paliativa de acordo com o Regulamento nº 429/2018, tendo como tema orientador “A perda da via oral na pessoa em situação de fim de vida”, por forma a obter a certificação das competências clínicas especializadas reconhecendo a atribuição do título de enfermeiro especialista (EE).

Este documento encontra-se dividido em três partes. Na primeira parte é feita a caracterização dos contextos clínicos onde decorreu o ENP. Segue-se a apresentação de um processo de cuidados de enfermagem sustentado num modelo estruturado de tomada de decisão clínica, com recurso à plataforma pedagógica *e4nursing*. Por fim, são descritos os contributos da prática clínica para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa. Adicionalmente, será incluída uma revisão narrativa da literatura orientada pela temática deste relatório.

A sua elaboração seguiu as orientações fornecidas pelo corpo docente, integrando uma análise crítica, reflexiva e descritiva. Ao longo deste percurso, a pesquisa foi realizada nas bases de dados científicas disponíveis na biblioteca virtual da ESEP, complementada por livros e outros recursos digitais relevantes, procurando sempre integrar o conhecimento mais atual e pertinente. A conceção de cuidados foi desenvolvida com base nos casos clínicos distribuídos, utilizando a plataforma informática pedagógica *e4nursing*- ferramenta essencial preconizada pela ESEP- a qual permitiu estruturar processos de decisão clínica centrados na pessoa, sustentados em raciocínio clínico reflexivo e fundamentado.

1.1. Conceptualização dos Cuidados Paliativos

O envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida aliados aos avanços na

Medicina, têm contribuído para um aparecimento crescente de doenças crónicas, oncológicas e neurológicas. No entanto, a certeza de se viver mais tempo, não é sinónimo de se viver melhor, pois o modelo de uma medicina curativa e agressiva praticada nos dias de hoje, comprometeu um final de vida digno aos clientes com doenças incuráveis, progressivas e avançadas (García-Navarro et al., 2023).

Os cuidados paliativos surgem no final da década de 1960, em Londres, no *Saint Christopher's Hospice*, pela pioneira Cicely Saunders, que utilizando os conhecimentos de enfermeira, assistente social e médica, se destacou pelo compromisso em cuidar de pessoas em fim de vida e no apoio ao luto dos seus familiares. A experiência de Cicely, após a segunda Guerra Mundial com pessoas em situações de doença oncológica avançada e em sofrimento, permitiu-lhe a compreensão da dor física, agravada pela angústia psicológica e espiritual, introduzindo o conceito de “dor total” (Lourenço et al., 2021; Singh et al., 2023; Streeck, 2019).

Em Portugal, os primeiros passos ao nível dos cuidados paliativos surgiram em 1992, com a inauguração da Unidade da Dor no Hospital do Fundão, tendo surgido, dois anos mais tarde, a primeira unidade de cuidados paliativos, no Instituto Português de Oncologia (IPO) em 1994, a que se seguiu a unidade de cuidados paliativos do IPO de Coimbra em 2001 (Capelas et al., 2014).

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em 2006, impulsionou significativamente os cuidados paliativos, ao estabelecer uma estrutura organizada que incluía diversas tipologias de cuidados, destacando-se as equipas de internamento e as equipas comunitárias em cuidados paliativos (Decreto-Lei nº 101/2006).

A Lei n.º 52/2012, conhecida como a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, consagrou a responsabilidade do estado português nesta matéria e regulamentou o direito e o acesso dos cidadãos a estes cuidados, tendo sido criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Esta lei estabeleceu a necessidade de formar equipas especializadas para intervir em diferentes contextos de apoio especializado, nomeadamente a equipa comunitária, a equipa intra-hospitalar (de adultos e pediátrica) e a unidade de internamento de maior complexidade. A coordenação da RNCP ficaria a cargo da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCPP), responsável pela elaboração dos Planos Estratégicos para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos nos dois últimos biénios (Despacho n.º 4676/2021).

A Proposta de Modelo Organizativo dos Cuidados Paliativos nas Unidades Locais de Saúde, veio reforçar a importância do trabalho em rede, com o objetivo de otimizar a gestão das pessoas com necessidades paliativas e suas famílias, respeitando a sua preferência quanto ao local de cuidados. Este documento foi emitido pelo Sistema Nacional de Saúde e elaborado em 2023 por um grupo de trabalho, sendo revisto posteriormente por elementos da CNCPP.

Considerados um componente essencial do serviço nacional de saúde (SNS), os cuidados

paliativos devem, por isso, conforme PEDCP, ser acessíveis a todos como um direito inerente à condição humana, alinhados com o direito à saúde consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos clientes, das suas famílias e dos seus cuidadores (CNCP, 2023-2024). A sua intervenção centra-se na prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequado da dor e de outros problemas, sejam eles físicos, psicológicos, sociais ou espirituais (OMS, 2020; CNCP, 2023-2024). Quando aplicados de forma atempada, têm um impacto decisivo na otimização dos cuidados de saúde, nomeadamente, na diminuição dos tempos de internamento hospitalar, nos reinternamentos, o recurso aos serviços de urgência e a obstinação terapêutica e melhoram consequentemente a qualidade de vida dos clientes (Portaria nº 165/ 2016).

Inicialmente, este tipo de cuidados, destinavam-se apenas a pessoas com cancro e em estádios terminais, passando posteriormente a ser incluídas as insuficiências avançadas de órgão (cardíaca, renal, hepática, respiratória), a síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), as doenças neurológicas degenerativas e outras (OMS, 2020; Neto, 2016). Recentemente, com o objetivo de expandir o acesso aos cuidados paliativos a todos os cidadãos portugueses, uma análise jurídica, datada de 25 de fevereiro de 2025, recomendou ao governo português, o reforço de respostas nesta área (Resolução da Assembleia da República nº 48/2025).

Neste seguimento e com o intuito de garantir uma abordagem integrada e humanizada, torna-se essencial considerar os pilares fundamentais que sustentam os cuidados paliativos, proporcionando um acompanhamento digno e adequado, ajustado às necessidades de cada pessoa. Entre esses pilares destacam-se: o controlo sintomático, uma comunicação eficaz, o apoio à família e o trabalho em equipa (Neto, 2016).

O controlo sintomático refere-se ao controlo de sintomas, não apenas à dor, mas a todo o tipo de sintomatologia associada a cada quadro da doença. Considera-se sintoma tudo aquilo que afeta o bem-estar do cliente e da sua família, evidenciando o caráter individual e subjetivo de cada manifestação, bem como a sua interação com fatores biológicos, afetivos, comportamentais, sociais e culturais (Pereira et al., 2023). Um controlo inadequado dos sintomas pode gerar sofrimento no cliente e ter um efeito adverso na progressão da doença, dificultando a procura de sentido e diminuindo a qualidade de vida (Neto, 2016).

A comunicação deve ser desenvolvida com base nas necessidades de informação, preocupações e expectativas de cada pessoa, respeitando o seu contexto cultural, social e espiritual, reconhecendo sempre a sua singularidade (Freire, 2017). Uma comunicação clara, sensível e orientada para o planeamento conjunto é uma estratégia essencial para alinhar expectativas entre clientes, famílias e equipas de saúde. Quando bem conduzidas, essas interações podem reduzir angústias e promover uma melhor compreensão de questões delicadas. Aos profissionais de saúde exigem-se competências específicas, como a utilização de feedback, escuta ativa e compreensão empática, bem como a sensibilidade na transmissão de más

notícias, para a qual são recomendados protocolos específicos. Saber interpretar a comunicação não verbal é igualmente importante, pois permite a obtenção de pistas valiosas aos profissionais de saúde (Freire, 2017).

O apoio à família é fundamental no processo de doença, uma vez que esta, não afeta apenas a pessoa doente, mas também os seus familiares, que precisam de ser ouvidos, apoiados e integrados na prestação de cuidados. O seu envolvimento é essencial, pois esta partilha fortalece laços e contribui para a valorização pessoal, promovendo igualmente sentimentos de autoestima (Fernandes, 2016).

O trabalho em equipa em cuidados paliativos deve ser multidisciplinar e interdisciplinar, onde todos os profissionais partilham objetivos e colaboram ativamente na identificação e gestão dos desafios assumindo a responsabilidade conjunta pelos cuidados prestados (Bernardo et al., 2016). A equipa multidisciplinar inclui médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais de saúde, que trabalham em conjunto para fornecer cuidados centrados nas necessidades do indivíduo.

Em cuidados paliativos, é igualmente importante considerar as diferentes trajetórias da doença, já que distintas patologias e estádios evolutivos apresentam padrões temporais específicos e requerem abordagens diferenciadas para assegurar a melhor qualidade de vida possível (Murray et al., 2024). Nas últimas duas décadas, a literatura tem descrito a existência de três trajetórias principais em pessoas com doenças incuráveis, progressivas e avançadas. Contudo, Murray et al. (2024) mencionam uma quarta trajetória, associada à multimorbilidade e é caracterizada por uma deterioração gradual, imprevisível e marcada por elevada vulnerabilidade em pessoas idosas e frágeis.

Na trajetória de declínio rápido, típica em doenças oncológicas, é previsível um declínio no estado físico ao longo de um período de semanas, meses, ou em alguns casos anos. Com tendência para o diagnóstico precoce e maior abertura sobre a discussão do prognóstico, havendo geralmente tempo para antecipar as necessidades paliativas e planear cuidados de fim de vida (Murray et al., 2005).

Na trajetória de declínio intermitente, típica em clientes com insuficiência cardíaca ou com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), onde durante um longo período apresentam exacerbações agudas ocasionais, muitas das vezes graves. Cada exacerbação pode resultar em morte, e embora o cliente sobreviva a muitos desses episódios, é típico, uma deterioração gradual na saúde e no estado funcional (Murray et al., 2005).

Na trajetória de declínio gradual, frequentemente associada a demências ou a doenças neurológicas progressivas, é observada uma incapacidade progressiva a partir de uma linha de base já baixa, de funcionamento cognitivo ou físico, podendo a morte ocorrer após um evento agudo, como uma fratura do colo do fémur ou pneumonia (Murray et al., 2005).

A quarta trajetória descrita por Murray et al. (2024) diz respeito à multimorbilidade em pessoas com fragilidade avançada, está geralmente associada ao envelhecimento e sem uma doença terminal claramente definida. O declínio ocorre de forma lenta e progressiva, marcado pela perda gradual de capacidades físicas e cognitivas. Estas pessoas podem apresentar múltiplas comorbilidades, sofrer quedas frequentes e necessitar de internamentos repetidos, podendo a morte ocorrer na sequência de eventos aparentemente menores, como uma infeção, pneumonia ou queda.

O conhecimento das diferentes trajetórias da doença torna-se assim fundamental para um planeamento antecipado dos cuidados, permitindo prever com sensibilidade situações esperadas e tomar decisões essenciais de forma mais informada. Compreender essas trajetórias permite a definição de abordagens adequadas para momentos críticos, garantindo assim um cuidado mais alinhado às necessidades do cliente.

1.2. Justificação da Problemática: A perda da via oral na pessoa em situação de fim de vida

A alimentação tem um carácter simbólico profundamente enraizado na experiência humana, desempenhando um papel importante nas discussões sobre a perda da via oral no final da vida (Huppes et al., 2023).

A progressão da doença no cliente conduz a alterações significativas nos padrões alimentares, que resultam, em grande parte, de fatores fisiopatológicos como a anorexia, a disfagia e a mucosite, entre outros. Estas alterações dificultam a ingestão alimentar e geram angústia não apenas no cliente mas também nos seus familiares, que enfrentam desafios emocionais perante a perda desta via, interpretando a alimentação como uma expressão de cuidado e conexão com a vida, dificultando a aceitação da sua interrupção (Alves et al., 2021; Amorim & Silva, 2021; Anantapong et al., 2022; Hilário & Augusto, 2021; Santos et al., 2024). Da mesma forma, os profissionais de saúde enfrentam dilemas éticos nem sempre consensuais, nomeadamente, na decisão de manter ou suspender a alimentação artificial, sendo a eficácia destas intervenções na melhoria da qualidade de vida e em fases avançadas da doença frequentemente questionável (Bottoni & Zaher-Rutherford, et al., 2019).

As dificuldades enfrentadas por clientes, familiares e profissionais de saúde refletem a complexidade e os dilemas éticos associados à perda da capacidade de alimentação por via oral no final da vida. A escolha desta temática, “A perda da via oral na pessoa em situação de fim de vida” para a elaboração do presente relatório surgiu das vivências marcantes no contexto da prática clínica, onde este fenómeno se revela particularmente desafiante, tanto para a pessoa doente, como para a sua família e para os profissionais de saúde. Este tema foi o ponto de partida que orientou muitas das decisões tomadas ao longo do percurso do estágio, impulsionando a reflexão crítica e o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e éticas, essenciais para prestar cuidados sensíveis, humanizados e centrados na dignidade da

pessoa em fim de vida.

Em cuidados paliativos, a definição do termo “fim de vida” quando associada à perda da via oral representa um marco significativo na progressão da doença avançada. A OMS (2020) reconhece que os cuidados paliativos podem ser aplicados desde o diagnóstico de doenças graves, em paralelo com tratamentos modificadores da doença, como a quimioterapia e a radioterapia, podendo prolongar-se por vários anos. No entanto, também se destinam às pessoas cuja vida se aproxima do fim, fase reconhecida como 'fim de vida' (Merlane & Cauwood, 2020). A literatura apresenta variações na definição do termo "fim de vida", sendo uma das descrições mais comuns, a que estabelece este período como inferior a seis meses de vida estimada, momento em que os tratamentos curativos deixam de ser opção (Huffman & Harmer, 2023). Nesta fase, a perda da via oral é um dos desafios mais significativos, pois compromete a nutrição, a hidratação e a administração de medicação, acentuando a vulnerabilidade física e psicológica do cliente, provocando simultaneamente sofrimento nas famílias e gerando stress emocional nos profissionais de saúde.

Compreender e intervir adequadamente nesta problemática tornou-se indispensável para mim, sendo a intervenção do enfermeiro com formação especializada em cuidados paliativos, de grande importância, para minimizar angústias e proporcionar maior compreensão sobre as limitações alimentares da pessoa em fim de vida. Deste modo, a adaptação dos cuidados à perda da via oral é imprescindível, exigindo abordagens focadas no alívio sintomático e na preservação da dignidade da pessoa em fim de vida.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

A Rede Nacional de Cuidados Paliativos baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de cuidados paliativos, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários (Lei nº52/2012).

Nesse contexto, a OE (2021) destaca a importância da realização de estágios no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada, visando a obtenção de aprendizagens essenciais no contexto da prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos.

Com base nessa abordagem, o ENP do presente curso de mestrado em enfermagem, desenvolveu-se em dois contextos da prática clínica especializada, numa UCP e numa EIHS CP. Seguidamente procedo à descrição de cada um deles.

2.1. Caracterização da UCP

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos descreve a UCP, como um serviço em regime de internamento que tem como objetivo prestar “um serviço específico de tratamento de doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação aguda complexa” (Lei nº52/2012, 2012, p.5122). Os serviços prestados por este tipo de unidades encontram-se regulamentados e incluem: cuidados médicos e de enfermagem permanentes; intervenção psicológica para clientes, familiares e profissionais; intervenção e apoio social; apoio e intervenção no luto; intervenção espiritual; higiene, conforto e alimentação; e formação em cuidados paliativos (Portaria nº66/2018).

A UCP onde desenvolvi o primeiro momento do ENP com a duração de 170 horas, no período de 19 de setembro a 21 de novembro de 2024, foi criada em novembro de 2009, encontrando-se na altura integrada na RNCCI e da qual deixou de fazer parte em abril de 2017. A partir desta data tornou-se num serviço independente e integrado numa unidade hospitalar, dispondo de espaço físico independente e recursos próprios.

No que concerne a recursos humanos, a equipa profissional desta unidade, tal como o previsto pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, é multidisciplinar tendo como objetivo, contribuir numa perspetiva interdisciplinar para a satisfação das necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais dos seus clientes e familiares. É constituída por nove médicos, um

enfermeiro gestor, doze enfermeiros, duas psicólogas, duas assistentes sociais, duas educadoras sociais, um fisiatra, duas fisioterapeutas, uma nutricionista, um farmacêutico, um administrativo, nove assistentes operacionais e um assistente espiritual.

Segundo o PEDCP a formação é um eixo prioritário no qual “todas as equipas devem ser dotadas com profissionais com formação especializada em CP, nomeadamente assegurando que sempre que se verifiquem saídas de profissionais, sejam substituídos por outros com formação adequada” (CNCP, 2023-2024, p. 8).

Relativamente à formação especializada em CP, pude constatar que na unidade onde desenvolvi o meu estágio, seis enfermeiros, uma psicóloga e uma assistente social possuíam pós-graduação nesta área. Entre os profissionais, uma enfermeira tinha o mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa e duas outras encontravam-se a frequentar o mestrado nesta área.

A equipa de enfermagem nesta unidade, preconiza o método individual de trabalho, sendo diariamente efetuada a distribuição de clientes pela enfermeira responsável, para os dois turnos seguintes. O dia de trabalho decorre em turnos de doze horas, turno de dia (das oito às vinte horas) e turno da noite (das vinte às oito horas). Apesar do método individual, a organização baseia-se no trabalho em equipa, assente na partilha de conhecimentos, de dificuldades e na tomada de decisão conjunta. Semanalmente realizam-se reuniões multidisciplinares, com o objetivo de ajustar o plano de intervenção de cada cliente, e se necessário, planear a alta.

Quanto aos recursos físicos, a UCP dispõe de 12 camas (um quarto com duas camas e casa de banho partilhada), oito quartos individuais (cada dois quartos partilham uma casa de banho) e dois quartos individuais com casa de banho privativa. A unidade transmite um ambiente de calma e serenidade, onde cada quarto tem o nome de uma flor e por estar localizada no piso térreo, conta com áreas internas de jardim, onde os clientes podem permanecer e disfrutar do espaço. Eram permitidas diárias sem restrição de horário e acompanhamento por parte de familiares 24 horas por dia, bem como a visita de animais de estimação.

Nesta unidade, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a clientes internados com diferentes diagnósticos, verificando que a maioria apresentava uma doença oncológica diagnosticada. No que respeita às situações clínicas de natureza não oncológica, registaram-se quatro casos de síndromes demenciais em fase avançada, um de esclerose lateral amiotrófica e um caso para descanso do cuidador. As idades das pessoas acompanhadas durante o estágio situavam-se entre os 40 e os 98 anos, com maior incidência na faixa etária superior a 55 anos, refletindo a tendência observada na literatura para uma maior prevalência de situações de dependência e necessidade de cuidados paliativos na população idosa.

A análise dos sinais, sintomas e problemas manifestados revelou multiplicidade e diversidade, refletindo a complexidade da situação de doença e a necessidade de uma abordagem

interdisciplinar, conforme representado no Gráfico 1. O sintoma mais frequentemente identificado foi a dor, seguido de outros sintomas físicos e psicológicos, característicos do contexto dos cuidados paliativos.

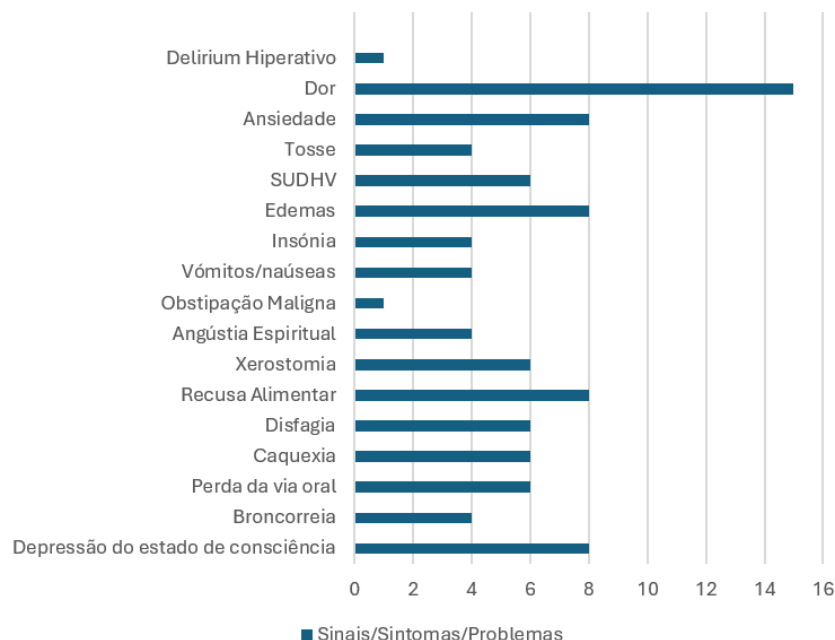


Gráfico 1- Sinais/Sintomas/Problemas dos clientes internados na UCP

Ao longo deste estágio e em consonância com a temática deste relatório, tive a oportunidade de acompanhar alguns clientes com perda progressiva da via oral, como é o caso clínico por mim desenvolvido, cuja cliente apresentava o diagnóstico de adenocarcinoma do ovário em estágio IV com a presença de uma disfagia marcada e perda progressiva da capacidade de deglutição. Identifiquei ainda a presença de outros sintomas/problemas, nomeadamente, sede, xerostomia e delirium, enquanto o familiar cuidador vivenciava um luto antecipatório. Assim, a minha atuação enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica e membro da equipa de cuidados paliativos, incidiu na execução de um plano de cuidados, incluindo intervenções direcionadas tanto à cliente quanto ao familiar cuidador, e, por meio da comunicação, ouvir as preocupações e medos relativos à perda da via oral da sua familiar, validando as suas emoções, esclarecendo dúvidas e minimizando o seu sofrimento.

2.2. Caracterização da EIHSCP

A EIHSCP é uma equipa multidisciplinar, dotada de recursos específicos, funciona de forma autónoma e presta “aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias” e

"assiste na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação" (Lei nº 52/2012, p.5122).

O segundo momento do ENP foi desenvolvido numa EIHSCP, no período de 22 de novembro de 2024 a 6 de fevereiro de 2025, igualmente com a duração de 170 horas. Esta equipa foi constituída em 2015, encontrando-se alocada a uma UCP e funcionando provisoriamente numa única sala localizada num piso subterrâneo.

A equipa inclui três médicas e duas enfermeiras em tempo integral. Duas das médicas possuem mestrado na área de cuidados paliativos, uma enfermeira tem o mestrado de enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa situação paliativa e a outra enfermeira é mestre em gestão em serviços de saúde.

A EIHSCP presta diariamente serviço de consultadoria e acompanhamento aos clientes internados nos vários serviços da instituição hospitalar, em dias úteis, no horário das oito às quinze horas; acompanha clientes referenciados na consulta externa no período da tarde de segunda a quinta-feira; acompanha e apoia os clientes e família via telefone no pós-alta no período das oito às dezassete horas e presta apoio à família no luto.

As consultorias realizadas aos clientes internados nos vários serviços eram efetuadas sempre que possível, por um enfermeiro e um médico diariamente, e tinham início, após a existência de uma reunião informal entre a equipa, de forma a analisar e a priorizar as consultas e atualizar os planos de cuidados. Importa referir, que o tempo médio entre a admissão e a referenciação de clientes internados era de oito dias, e o tempo médio de referenciação e observação por parte da equipa, era de um dia. Os serviços que mais referenciavam eram: Medicina, Pneumologia, Oncologia, Hematologia e Cirurgia geral.

De salientar, que na primeira e última quarta-feira de cada mês eram realizadas reuniões com as duas equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos do distrito, em momentos distintos, com o objetivo de dar continuidade aos cuidados dos clientes após um período de internamento e que, agora, se encontram no domicílio. Este diálogo, permitia também a troca de ideias relativamente às melhores estratégias de tratamentos e ao esclarecimento de dúvidas.

Durante este estágio, foi possível constatar que, entre as pessoas acompanhadas pela EIHSCP, predominavam, as que tinham diagnósticos de natureza não oncológica, nomeadamente insuficiências de órgão em estágio avançado e doenças neurológicas progressivas. As idades destas pessoas variavam entre os 51 e os 100 anos, o que reforça a importância de reconhecer a necessidade de cuidados paliativos para além do contexto oncológico, em todas as fases do ciclo de vida do adulto e envelhecimento.

A diversidade e complexidade das manifestações observadas reforçaram a importância de uma avaliação contínua, integral e individualizada. Conforme ilustrado no Gráfico 2, os sinais, sintomas e problemas identificados foram múltiplos, sendo a dor novamente o mais frequente, o que exige uma abordagem rigorosa e empática por parte da equipa de enfermagem, com vista ao alívio do sofrimento e à promoção do conforto.



Gráfico 2- Sinais/Sintomas/Problemas dos clientes seguidos pela EIHS CP

Neste campo de estágio, e relacionando novamente com a temática deste relatório, pude observar a presença de angústia num profissional de saúde que enfrentava o dilema de interromper a alimentação numa cliente, onde era ponderada a remoção de uma sonda nasogástrica. Apesar da cliente se encontrar em fase de agonia e nos últimos dias/horas de vida, a enfermeira questionava-se se, ao suspender essas medidas, estaria a contribuir para um fim de vida mais rápido.

Este cenário reafirma, mais uma vez, os dilemas éticos presentes na prática profissional, com os quais os profissionais enfrentam perante certas situações. A minha atuação, como membro da EIHS CP, consistiu no apoio a esta profissional através de uma comunicação clara e a explicação de que interrupção dessas medidas não promoveria o conforto, sendo esse efeito, na verdade, resultado do avanço progressivo da doença.

O desafio da tomada de decisão relativa à alimentação e hidratação no fim de vida, destaca a importância de práticas centradas na pessoa e orientadas pelos princípios fundamentais da

bioética: o Princípio da beneficência: garantindo conforto e qualidade de vida; o Princípio da não- maleficência: evitando intervenções sem benefício claro; o Princípio da autonomia: respeitando as preferências e valores do doente e o Princípio da justiça: promovendo a utilização equitativa e apropriada dos recursos disponíveis (Pinho-Reis, 2019).

3. CASO CLÍNICO 1

A D.^a Maria (nome fictício) é uma senhora de 73 anos de idade, viúva, vivia com a sua única filha e dois netos, antes de ser internada numa Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração, em abril de 2024. Foi referenciada para esta unidade, por apresentar uma úlcera por pressão que desenvolveu aquando o internamento no serviço de Ortopedia, após cirurgia a uma fratura do colo do fémur. Nesta unidade, inicia quadro de vômitos fecalóides, sendo encaminhada para o Serviço de Urgência e após a realização de exames de diagnóstico, foi constatada uma isquemia intestinal, com necessidade de cirurgia de urgência. A Anatomia Patológica, revelou presença de metástases no cólon de um adenocarcinoma seroso de alto grau do ovário bilateral estágio IV, já diagnosticado em 2020, submetida a cirurgia e múltiplas linhas de quimioterapia. A D.^a Maria foi admitida a 14 de agosto numa UCP, apesar da mesma manifestar vontade em ir para a sua terra, referindo-o, como o local preferencial para viver os últimos dias. À entrada, a cliente apresentava-se orientada, com resposta verbal débil e disfagia marcada. Totalmente dependente no autocuidado. Na reunião familiar, a filha e neta verbalizam preocupação, por a sua familiar não conseguir comer nem beber, considerando que: “assim vai morrer mais rápido”, sentem-se angustiadas, pois também gostariam de ver cumprida a vontade da D.^a Maria em ir para a sua terra, contudo, têm noção, que este desejo poderá não ser realizado. Durante o internamento, inicia crises de ansiedade, choro compulsivo e agitação diurna e noturna, sendo-lhe diagnosticado um delirium hiperativo e, por esse motivo, com necessidade de medicação contínua para controlo desta sintomatologia. Decorrido um mês de internamento na UCP, a D.^a Maria encontra-se mais calma (sob efeito de medicação contínua), quase sem discurso verbal e sem via oral disponível, por vezes emite uma palavra: “água”.

3.1. Enquadramento teórico

Tendo em conta a temática por mim selecionada para a realização do Relatório de Estágio de Natureza Profissional- A perda da via oral na pessoa em situação de fim de vida, o caso retrata uma cliente com um adenocarcinoma bilateral do ovário em estágio IV com perda da via oral.

Cancro do Ovário

O cancro do ovário é uma neoplasia maligna, atualmente classificada como de maior morbilidade e mortalidade entre os tumores que afetam o sistema ginecológico da mulher (Valbusa et al., 2023).

É uma doença oncológica com prevalência significativa em Portugal. Segundo dados da *Global Cancer Observatory* (Globocan) no ano de 2022, em Portugal, foram diagnosticados 682 novos casos, tendo-se verificado, no mesmo ano, 472 mortes por esta doença. É o décimo primeiro tipo de cancro com uma taxa de incidência no sexo feminino e o oitavo cancro mais mortal. Mundialmente, ocupa o oitavo lugar, quer em taxa de incidência, quer em taxa de mortalidade. Trata-se, portanto, de um cancro relativamente raro, mas altamente mortal (Globocan, 2022).

Em aproximadamente 75% das mulheres, o cancro do ovário aparece em estádios avançados e a sobrevivência para todos os estádios ao final de cinco anos, é de aproximadamente 50% (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

O Comité de Ginecologia Oncológica da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), a partir de 2014, passou a integrar os carcinomas do ovário, da trompa de Falópio e do peritoneu no mesmo sistema de classificação, dada a sua semelhança na patogénese, apresentação clínica e tratamento, onde a localização primária do tumor (ou seja, o ovário, as trompas de falópio ou peritoneu), passaria a ser identificada e designada, sempre que possível (Valbusa et al., 2023; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

O estadiamento do cancro do ovário é essencial para determinar a extensão da doença e orientar o plano de tratamento. O sistema de estadiamento mais comumente utilizado é o sistema FIGO, que classifica o cancro do ovário em quatro estádios principais (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2020) :

- **Estádio I:** O cancro está restrito aos ovários ou trompas, divide-se em três sub-estádios, “IA” quando o tumor está limitado a um ovário ou trompa, o sub-estádio “IB” tumor limitado a ambos os ovários ou trompas e o sub-estádio “IC” tumor limitado a um ou ambos ovários ou trompas com qualquer um dos seguintes “IC1” rotura intraoperatória, “IC2” cápsula rota antes da cirurgia ou tumor à superfície ovárica ou tubárica, “IC3” células malignas presentes na ascite ou lavado peritoneal.
- **Estádio II:** Envolve um ou ambos os ovários ou trompas com extensão pélvica. Subdivide-se em dois estádios “IIA” extensão e/ou implantes no útero e/ou trompas e/ou ovários e “IIB” extensão a outros tecidos pélvicos intraperitoneais.
- **Estádio III:** O tumor envolve um ou ambos os ovários, ou trompas ou tumor primário do peritoneu, com disseminação peritoneal comprovada citologicamente ou histologicamente para o peritoneu fora da pélvis e/ou metastização ganglionar retroperitoneal. Subdivide-se em três sub-estádios, “IIIA” (IIIA1 e IIIA2) onde existe metastização para os gânglios retroperitoneais com ou sem envolvimento peritoneal microscópico além da pélvis, “IIIB” verificam-se metástases peritoneais macroscópicas além do anel pélvico com maior dimensão inferior ou igual a 2cm, com ou sem metastização dos gânglios retroperitoneais e “IIIC” onde se verificam metástases peritoneais macroscópicas além do anel pélvico com maior dimensão superior a

2cm, com ou sem metastização dos gânglios retroperitoneais.

- **Estádio IV:** O estágio mais avançado envolve a disseminação de células cancerígenas em órgãos distantes. No sub-estádio “IVA” existe derrame pleural com citologia positiva, e no sub-estádio “IVB” há metastização para órgãos extra-abdominais, incluindo os gânglios inguinais ou outros fora da cavidade abdominal.

O cancro do ovário pode ser classificado histologicamente, considerando as células que o originaram. A neoplasia pode advir do epitélio, sendo este o mais comum, de células germinativas, do estroma gonadal, podendo também ser derivado de um neoplasma ovário metastático. Os tumores derivados do epitélio podem ser: seroso, mucinoso, indiferenciado, das células claras e endometrióide. O subtipo seroso destaca-se pela incidência e a maioria destes, são de alto grau no momento do diagnóstico (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Cerca de 15% dos carcinomas do ovário/trompa surgem no contexto hereditário, sendo os genes *Breast Cancer Gene1* (BRCA1) e *Breast Cancer Gene2* (BRCA2) os principais implicados. As mulheres com mutações germinativas nestes genes, têm um risco aumentado para o desenvolvimento de carcinomas do ovário, trompa de Falópio e peritoneu, em especial do tipo histológico carcinoma seroso de alto grau (Infarmed, 2021).

Os sintomas da doença instalam-se de forma insidiosa, e apresentam semelhanças com outras doenças, nomeadamente sintomas gastrointestinais (desconforto, dor ou distensão abdominal, dispepsia, ascite), urinários (urgência urinária, polaquiúria), ginecológicos (irregularidades menstruais, dor pélvica, sangramento vaginal anormal, sangramento pós menopausa) e distúrbios alimentares. Por esse motivo, o adenocarcinoma do ovário, quando diagnosticado, poderá encontrar-se em estádios avançados (Valbusa et al., 2023). A descoberta de uma massa anexial poderá constituir um achado importante. Com a evolução da doença, a ascite e a distensão abdominal agravam-se, elevando a pressão intra-abdominal, podendo ocorrer derrame pleural por transudação de líquido para o espaço pleural (Berek et al., 2021).

A Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021), enumera fatores de risco para o desenvolvimento desta doença, nomeadamente:

- Idade superior a 55 anos;
- Nunca ter tido uma gravidez de termo;
- Menarca antes dos 12 anos ou menopausa depois dos 52 anos;
- Ter tido o primeiro filho em idade tardia;
- Sob terapêutica de substituição hormonal com estrogénios ou com estrogénios e progesterona depois da menopausa;
- Ter história familiar da cancro do ovário, mama e colorretal;

- Hereditariedade: As mutações BRCA1 (risco de 30%-70%) e BRCA2 (risco de 10%-30%), aumentam o risco de cancro do ovário e de cancro da mama.

Perante a suspeita da doença, vários exames podem ser pedidos (Liga Portuguesa Contra o Cancro), incluindo:

- Ecografia, tomografia computadorizada e outros exames de imagem. Estes exames não permitem por si fazer o diagnóstico, mas contribuem com informação sobre a localização e extensão da doença;
- Análises de sangue, entre que quais o marcador tumoral CA 125, que está aumentado no cancro do ovário, mas também noutras doenças, tanto oncológicas como não oncológicas.
- O diagnóstico definitivo de um cancro do ovário só é possível através da avaliação anatomo-patológica dos tecidos do órgão. Esta pode ser feita numa amostra de biópsia durante uma laparotomia ou laparoscopia exploradoras contribuindo para definir a extensão da intervenção.

As mulheres consideradas de alto risco, com mutações de BRCA, são aconselhadas a salpingo-ooforectomia, após a gestação. De salientar, que a escassez de ferramentas de triagem promissoras para deteção em estágio inicial, é um dos principais desafios relacionados com a baixa taxa de sobrevivência das pessoas afetadas por esta doença (Valbusa, 2023).

As estratégias de tratamento, dependem muito do estágio em que a doença se encontra (Valbusa, 2023). Este, poderá ser:

- **Local:** a cirurgia e a radioterapia são tratamentos locais, que removem ou destroem o cancro do ovário na pélvis. Nos estádios iniciais é feita uma cirurgia dita de estadiamento, com a remoção do útero, ovários, trompas, gânglios pélvicos e para-aórticos e o epíploon. Os objetivos são avaliar a extensão da doença, a sua remoção completa e definir a necessidade de terapêutica adjuvante e respetivo prognóstico.
- **Quimioterapia intraperitoneal:** a quimioterapia pode ser administrada diretamente no abdómen e na pélvis através de um tubo fino. Designada como *Hyperthermic IntraPeritoneal Chemotherapy* (HIPEC), a cirurgia de citorredução de intervalo, na qual, após a remoção de sinais de doença, a quimioterapia é aplicada diretamente na cavidade peritoneal de forma a eliminar as células cancerígenas residuais microscópicas.
- **Quimioterapia sistémica:** este tratamento é designado por sistémico, uma vez que os fármacos entram na corrente sanguínea e podem afetar todas as células. Os agentes quimioterápicos mais utilizados são os que contêm platina (cisplatina e carboplatina) e os taxanos (paclitaxel e docetaxel).

A recidiva da doença acontece em 70 a 80% dos casos e raramente é curável. Pode acompanhar-se de sintomatologia debilitante, incluindo perda ponderal, edema, ascite, saciedade precoce, fadiga e dor abdominal, a que acresce o sofrimento psicológico e impacto na

família (Infarmed, 2021).

Relativamente a este estudo de caso, e em consonância com o que a literatura refere, esta cliente recebeu o diagnóstico de adenocarcinoma seroso de alto grau do ovário bilateral, numa fase avançada de doença- estágio IV. Cumpriu numa fase inicial, tratamento com quimioterapia, tendo realizado posteriormente cirurgia: histerectomia total, anexectomia bilateral e omentectomia. De salientar, que o estudo genético de mutação de BRCA 1 e 2 se encontravam negativos. Nos restantes três anos, não apresentou evidência de progressão de doença, contudo, foi verificada uma recidiva da doença, quatro anos após o diagnóstico, com invasão para órgãos adjacentes.

Neste caso clínico, a cliente encontrava-se orientada, vígil, com resposta verbal débil e apresentava uma disfagia acentuada, sendo totalmente dependente no autocuidado. Segundo a trajetória da doença oncológica e tendo em conta o estágio avançado e progressivo desta doença, esta cliente necessitava de cuidados paliativos especializados para alívio do seu sofrimento físico (dor, sede, xerostomia, disfagia), psicológico, social e espiritual, reforçando neste sentido, a importância da existência das equipas multidisciplinares de cuidados paliativos, que em diferentes âmbitos (internamento, hospital e domicílio), prestam este tipo de cuidados ao cliente e à família.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 73 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-01 09:00:00	Levetiracetam 100mg/ml Solução Injetável 3ml SC	2024-10-15 09:00:00
2024-10-01 09:00:00	Fentanilo 25 mcg selo Transdérmico 3/3 dias	
2024-10-01 09:00:00	Midazolam 15mg/3ml Solução Injetável 1ml SC SOS	
2024-10-01 09:00:00	Morfina 10mg/ml Ampola 0,5mg SC SOS	
2024-10-01 09:00:00	Citrato de Sódio+ Laurilsulfoacetato de Sódio Bisnaga SOS	
2024-10-01 09:00:00	Benzidamina 1,5mg/ml Solução Lavar Cavidade Oral Frasco	
2024-10-01 09:00:00	Midazolam 15mg/3 ml Solução Injetável 3 ml SC + Haloperidol 5 mg/ml Ampola SC- Infusor Elastomérico	
2024-10-15 09:00:00	Morfina 10mg/ml Ampola 5mg SC SOS	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

As intervenções farmacológicas, têm como objetivo, o controlo sintomático e a promoção do conforto (Morna et al., 2022). Os enfermeiros, têm um papel fundamental na monitorização dos sintomas e, como tal, no sucesso do processo terapêutico (Neto, 2016).

De acordo com o disposto na alínea e), do nº4, do Artigo 9º, do Regulamento do Exercício Profissional do enfermeiro, é ao enfermeiro que compete, proceder “à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (Decreto Lei nº 161/96).

Neste sentido, irei de seguida, fazer uma breve referência às principais características da medicação prescrita (indicações, reações adversas e efeitos secundários) e os aspetos de enfermagem a considerar.

Levetiracetam

O Levetiracetam é um medicamento antiepilético e anticonvulsivante, sob a forma de comprimidos, xarope ou injetável, que é utilizado no tratamento da epilepsia em crianças e

adultos.

Os efeitos indesejáveis mais frequentes deste fármaco são: cefaleias, nasofaringite e sonolência. E os menos frequentes são: a anorexia, depressão, hostilidade ou agressividade, insónia, nervosismo ou irritabilidade, convulsões, alterações do equilíbrio, tonturas, letargia, tremor, vertigens, tosse, dor abdominal, diarreia, vômitos, náuseas, erupção cutânea, astenia (Índice, 2024).

A cliente deste estudo de caso, tinha como antecedentes pessoais, epilepsia, motivo pelo qual se encontrava medicada com este fármaco. Como se encontrava sem via oral, este fármaco foi administrado via sub cutânea (SC), cujo uso, é preconizado em cuidados paliativos.

Fentanilo

É um opióide altamente potente, usado como analgésico em alternativa aos opióides fortes. As vias oral, transdérmica ou endovenosa, são alternativas à sua administração. As indicações incluem, efeitos secundários intoleráveis com a morfina, incluindo, náuseas e vômitos, obstipação e alucinações; insuficiência renal; disfagia ou má adesão à medicação oral (Twycross, 2003).

Os pensos devem ser colocados na zona superior do tórax anterior ou posterior, membros superiores (região deltoide) ou coxas. As áreas da pele devem ser rodadas em cada aplicação, não devendo ser aplicado em áreas de pele lesada, nem em áreas com pelos. A pele absorve o medicamento, formando-se um depósito nas camadas superficiais, demorando cerca de duas horas a ser detetado no sangue e oito a 16 horas a atingir o seu efeito clínico máximo. Após a sua remoção há um declínio gradual da concentração para 50% em 16 horas (Gonçalves, 2018).

Os efeitos secundários mais frequentes deste medicamento são: náuseas, dor de cabeça, sonolência, fadiga e tonturas. E, os menos frequentes: vômitos, diarreia, obstipação, epigastrias, sensação de enfartamento, indigestão, perda de apetite, depressão, dificuldade de concentração, euforia, sensibilidade acentuada ao som e ao ruído, visão turva ou dupla, hipotensão, rubor e sensação de calor, respiração lenta e superficial, sensação de fraqueza, sensação de desmaio, sensibilidade reduzida ao toque, entorpecimento ou prurido, corrimento nasal, xerostomia, odinofagia, prurido e erupção cutânea (Índice, 2024).

Referente a este caso clínico, este fármaco, foi iniciado quando a cliente apresentou um quadro de delirium hiperativo, sendo efetuada rotação de opióide de morfina (que estava a fazer de quatro em quatro horas) para fentanilo. Outro aspeto a considerar, e tendo em conta que a cliente não era capaz de deglutir, a sua aplicabilidade foi para o alívio sintomático da dor.

As implicações de enfermagem na administração deste fármaco, nesta cliente, passam pela correta aplicação do selo transdérmico, observando se a zona a aplicar se encontra limpa e

seca, sem lesões ou pelos, rodar as áreas de aplicabilidade ao fim de 72 horas e verificar a presença de rubor ou calor. Importa vigiar a eliminação urinária e intestinal, a presença de náusea e vômitos, bem como a integridade de pele e mucosas.

Midazolam

O Midazolam é um ansiolítico, sedativo e hipnótico. Pode ser usado pela via oral, nasal, endovenosa, intramuscular e subcutânea. É utilizado para indução da anestesia, sedação em pequenas intervenções, insónia, dispneia, controlo de convulsões e agitação terminal. Também pode ser indicado nos soluços incontroláveis (Gonçalves, 2019). É o fármaco mais usado na sedação em cuidados paliativos em clientes sem sintomas refratários (Martins, 2018).

Os efeitos indesejáveis deste fármaco podem ocorrer e são múltiplos, sendo os mais comuns sonolência excessiva, sedação, confusão, dificuldade de concentração, tonturas com eventuais quedas e fraturas, alterações da coordenação motora, alterações da linguagem, diplopia, soluços, náuseas e vômitos (Gonçalves, 2019).

Relativamente a este caso clínico, este fármaco, foi iniciado após o diagnóstico de delirium hiperativo, tendo a cliente iniciado perfusão contínua de midazolam por infusor elastomérico (DIB) por via SC.

As implicações para a enfermagem na administração deste fármaco nesta cliente, passam por avaliar o efeito pretendido, ou seja, redução de redução da agitação, indicado para o delirium.

Haloperidol

O Haloperidol é um antipsicótico indicado no tratamento de psicoses agudas e crónicas incluindo a esquizofrenia, estados maníacos e psicoses induzidas por fármacos.

Pode ser administrado pela via oral e sob a forma de injetável. A solução injetável pode ser administrada por via intramuscular ou intravenosa, em cuidados paliativos a via SC é privilegiada.

O seu uso é preconizado em cuidados paliativos para o controlo de náuseas e vômitos, sintomas frequentes em clientes em final de vida (Murray-Brown & Dorman, 2020), podendo também ser usado como, antipsicótico e ansiolítico em casos de delirium, bem como nos soluços intratáveis (Twycross, 2003).

A sua semivida plasmática é de 13 a 35 horas, e os efeitos indesejáveis do haloperidol incluem os sintomas extrapiramidais e a discinesia tardia (Gonçalves, 2021).

As reações adversas e efeitos secundários que poderão ocorrer são: sedação, reações

extrapiramidais (dificuldade em falar e em deglutir, perda de equilíbrio, tremores, distonias, incapacidade em mover de olhos, fraqueza das pernas e braços), discinesia tardia, agitação, confusão, convulsões, secura ocular, visão turva, depressão respiratória, hipotensão, taquicardia, obstipação, anorexia e secura da boca (Vallerand et al., 2016).

No presente estudo de caso, o haloperidol foi prescrito para o controlo do delirium. Foi administrado pela via SC, perfusão contínua, juntamente com o midazolam por infusor elastométrico.

Morfina

A morfina é um opióide indicado na dor moderada a intensa. Existe em comprimidos de libertação rápida, de libertação lenta, em solução aquosa para administração oral e ampolas de cloridrato de morfina para administração endovenosa (EV), SC e intraespinal (Pina, 2016).

O seu uso está indicado no controlo da dor, podendo ser prescrita também para o tratamento de outros sintomas, como, a dispneia, tosse e diarreia refratárias. As reações adversas e efeitos secundários que poderão ocorrer são: sedação, confusão, cefaleias, euforia, sensação de flutuação, pesadelos, alucinações, disforia, tonturas, miose, diplopia, visão turva, depressão respiratória, hipotensão, taquicardia, náuseas, vômitos, obstipação, retenção urinária, sudação, rubor e prurido (Pina, 2016).

As implicações para a prática de enfermagem passam por, avaliar o tipo, localização e intensidade da dor antes e uma hora após a administração por via oral (VO), trinta minutos após a administração SC e intramuscular (IM) e 15 a 20 minutos (pico) após a administração EV, adequando a escala na avaliação da dor. É importante vigiar a eliminação intestinal regularmente e avaliar a frequência respiratória. Caso a frequência respiratória for inferior a dez ciclos por minuto, deve avaliar-se o grau de sedação, comunicando ao médico, podendo haver necessidade de diminuir a dose. Em casos de toxicidade e sobredosagem, pode ser necessária a administração de um antagonista opióide para reverter a depressão respiratória, nomeadamente a naloxona (Vallerand, et al., 2016).

Neste caso clínico, a morfina foi prescrita em SOS.

Citrato de Sódio+ Laurilsulfoacetato de sódio

O citrato de sódio e o laurilsulfoacetato de sódio é um medicamento, em forma de enema, indicado no tratamento sintomático da obstipação retal ou reto-sigmóideia.

Prescrito em SOS para a cliente deste estudo de caso, foi administrado via retal.

Benzidamina

A benzidamina, é um anti-inflamatório de ação local, com anestésico local e propriedades analgésicas, usado topicamente no alívio da dor e no tratamento anti-inflamatório da boca, garganta ou sistema musculoesquelético (Indice, 2024).

Neste estudo de caso, este medicamento foi utilizado como anti-inflamatório da cavidade oral.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

01-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Oxigenoterapia

01-10-2024 09:00 - FiO₂: 28 %.

01-10-2024 09:00 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

01-10-2024 09:00 - Assegurar oxigenoterapia

01-10-2024 09:00 - Manter oxigenoterapia [sem horário]

Sondas, Drenos e Cateteres

01-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Sonda de oxigénio

01-10-2024 09:00 - Características do dispositivo: Cânula Nasal.

01-10-2024 09:00 - Assegurar funcionamento da sonda

01-10-2024 09:00 - Otimizar sonda de oxigénio [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Cateter urinário

01-10-2024 09:00 - Quantidade de urina: 200 ml.

01-10-2024 09:00 - Cor da urina: âmbar.

01-10-2024 09:00 - Transparência da urina: Com sedimento.

01-10-2024 09:00 - Características do dispositivo: Sonda silicone nº16.

01-10-2024 09:00 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário

01-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter

01-10-2024 09:00 - Otimizar cateter urinário [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Determinar sinais de infeção do sistema urinário

01-10-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de infeção do sistema urinário [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Referenciar sinais de infeção do sistema urinário ao médico [SOS]

01-10-2024 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter urinário

01-10-2024 09:00 - Trocar cateter urinário [60-60 dias]

01-10-2024 09:00 - Remover cateter urinário [SOS]

01-10-2024 09:00 - Cateter subcutâneo

01-10-2024 09:00 - Localização do cateter subcutâneo

01-10-2024 09:00 - Braço Esquerda(o)

01-10-2024 09:00 - Características do dispositivo: cateter subcutâneo nº 24.

01-10-2024 09:00 - Abdómen

01-10-2024 09:00 - Características do dispositivo: cateter subcutâneo nº 24.

01-10-2024 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter

01-10-2024 09:00 - Otimizar cateter subcutâneo [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

01-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter subcutâneo

01-10-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter subcutâneo

01-10-2024 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo [SOS]

01-10-2024 09:00 - Trocar cateter subcutâneo [5-5 dias e SOS]

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Cateter Subcutâneo

Nos clientes com doença progressiva e avançada, com deterioração do seu estado geral, onde a perda da via oral é expectável, a via SC é uma alternativa eficaz para a administração de fármacos em bólus ou em a infusão contínua (Morna et al., 2022).

A eficácia do seu uso, é semelhante à via endovenosa, garantido uma administração mais confortável, menos invasiva, de fácil manutenção, em internamento ou no domicílio, e com uma taxa muito inferior de complicações locais, nomeadamente hematomas, flebites e infeção (Morna et al., 2022). Destaca-se ainda, a possibilidade de continuar a administrar medicação, quando a via oral não está disponível e o conforto do cliente, evitando punções repetidas. A

principal desvantagem é a possibilidade de irritação ou inflamação no local da infusão (Gonçalves, 2024; Barbosa et al., 2024).

As principais indicações para o uso da via SC são: a incapacidade de ingerir a medicação por via oral, disfagia provocada por um tumor da boca, da faringe ou do esófago, alterações neurológicas, náuseas e vômitos ou má absorção (Gonçalves, 2024).

Uma outra indicação importante, é o tratamento da desidratação que não exija reposição rápida de volume. A sua utilização, é contraindicada para a administração de fluidos em grande quantidade e de forma rápida e/ou infusões prolongadas, em situações de desidratação severa ou acentuado distúrbio eletrolítico, bem como, em situações de trombocitopenia grave pelo risco de hemorragia ou hematomas, de caquexia pela presença de tecido SC reduzido e anasarca pois haverá redução da velocidade de absorção (Gigante, 2023).

A escolha do sítio da punção subcutânea é fundamental para garantir boa absorção farmacológica e, conseqüentemente, um adequado controlo sintomático, devendo optar-se por áreas corporais com profundidade de tecido subcutâneo e de fácil acesso. É recomendável uma espessura mínima de um a dois centímetros e meio para garantir eficácia na absorção. Estão contraindicadas para punção: áreas com linfedema ou compromisso da drenagem linfática, áreas com edema, inflamação ou infeção de tecidos, soluções de continuidade cutânea, cicatrizes, zonas recentemente irradiadas, proeminências ósseas e zonas sobre massas/tumores (Gonçalves, 2024).

A preservação do conforto, da autonomia e a preferência do doente, são fatores decisores para escolha do local. O cateter SC poderá ser colocado na região infraclavicular, no abdómen, na região escapular, nos membros superiores (zona braço) e coxas. Deverá ser utilizado um cateter com calibre 24 ou 26, um ângulo de 45 graus numa prega cutânea no tecido subcutâneo, e deverá colocar-se um penso transparente que permita a inspeção do local (Gigante, 2023; Morna et al., 2022).

Apesar de não haver consenso, vários autores defendem que o tempo que um cateter SC pode permanecer no mesmo local entre um a 14 dias, dependendo do fármaco, do calibre do cateter, da posologia e dos diluentes (Morna et al., 2022).

De referir, que antes da preparação de qualquer perfusão, impõe-se a confirmação de alguns aspetos, nomeadamente se os fármacos são apropriados para utilização SC e a sua compatibilidade, de forma a prevenir a perda de eficácia por precipitação no sistema infusor ou inflamação cutânea, existindo tabelas de compatibilidade entre fármacos para administração SC para consulta.

No presente caso clínico, esta cliente que apresentava a via oral comprometida, tinha dois cateteres subcutâneos colocados no braço esquerdo e no abdómen. Um cateter era utilizado para a administração de medicação contínua e o outro para a restante medicação.

Cateterismo Vesical

O cateterismo vesical consiste na introdução de uma sonda ou cateter vesical através do meato urinário até à bexiga, assegurando a eliminação contínua de urina (Baptista, 2002; Sanchez-Ortiz et al., 2021).

Os cateteres vesicais classificam-se mediante o tamanho, a forma e o número de lúmens. O calibre das algalias é estabelecido de acordo com a escala francesa (French-F) e escolhido em função do tamanho da pessoa. Apesar de não existir uma regra fixa, os calibres oito a dez usam-se para crianças, 14 a 16 para mulheres e 18 a 20 para os homens. Cada cateter tem uma cor representativa como código para cada tamanho: 12F= branco, 14F= verde, 16F= laranja, 18F= vermelho, 20F= amarelo, 22F= violeta e 24F= azul (Baptista, 2002).

Os cateteres vesicais podem ter um, dois ou três lúmens mediante o objetivo pretendido. Os de um lúmen são usados para drenagem de conteúdo denso (coágulos), com o inconveniente de não ter balão. Os de dois lúmens são os mais usados e possuem um canal para drenagem e outro para insuflar o balão. Os de três lúmens diferem dos anteriores por possuírem um canal adicional para irrigação vesical em situações de hematúria macroscópica intensa (Baptista, 2002).

Os cateteres podem ser de látex, em poliuterano e em silicone ou hidrogel. Consoante o material utilizado podem permanecer oito a dez dias (látex) ou dois a três meses, nos casos de silicone ou hidrogel (Baptista, 2002).

A complicação mais frequente do cateterismo vesical é a infeção do trato urinário. Assim, é importante o papel do enfermeiro na vigilância às características da urina e sinais e sintomas que a cliente possa apresentar, tais como, inquietude, confusão, febre, dor, quantidade reduzida de urina, bexiga dolorosa e dura à palpação para um despiste de possível infeção urinária e obstrução da sonda vesical (Sanchez & Ortiz, 2021).

Referente ao caso clínico estudado, a cliente, com o diagnóstico de adenocarcinoma do útero, teve necessidade de cateterismo vesical com uma algália silicone nº16, para alívio da dor e desconforto sentidos durante a micção, provocados pela acidez da urina.

Oxigenoterapia

Em cuidados paliativos, os sintomas físicos são uma causa importante de mal-estar, nos clientes, sendo a dispneia, um dos que maior impacto tem (Gonçalves, 2020).

A dispneia é definida pela Sociedade Torácica Americana, como uma experiência subjetiva de desconforto respiratório, sendo a sua fisiologia complexa (Parshall, 2012).

Em cuidados paliativos, o tratamento da dispneia deve ser dirigido à sua causa, mas muitas vezes, sobretudo nos últimos dias de vida, tal não é possível, porque as causas são múltiplas e irreversíveis. Assim, o tratamento deve ser sintomático, onde a administração de oxigénio, pode

ser usada para o alívio desse sintoma. Nos casos de ausência de benefícios, a monitorização dos níveis de oxigénio é desaconselhada, devendo a oxigenoterapia ser fornecida em doses baixas por cânulas nasais, podendo até ser descontinuada (Gonçalves, 2020).

Neste sentido, referente a este caso clínico, e tendo a cliente metastização pulmonar, foi-lhe colocado oxigénio a 2l/min por cânulas nasais, por apresentar ligeira dessaturação, privilegiando o conforto e o controlo sintomático.

Infusor Elastomérico (DIB)

O infusor elastomérico é um dispositivo com um depósito, utilizado para a administração de medicação endovenosa, subcutânea ou epidural, de uma forma lenta e contínua. Proporciona um fluxo contínuo de medicação durante o período de infusão, através de uma pressão interna constante e, com a velocidade do fluxo nominal, indicado em cada tipo de infusor (Vieira et al., 2003).

A capacidade do reservatório varia entre os 50 e 275ml, de acordo com o modelo escolhido. Os infusores variam de acordo com as horas pretendidas de infusão, com diferentes especificidades e diversas velocidades de infusão, o que permite utilizar o modelo mais adequado, em função das necessidades do cliente (Vieira et al., 2003; Lopez & Gregori, 2017).

A sua utilização é de fácil preparação e administração, possibilitando a associação de certos fármacos. O infusor tem a vantagem de ser leve e de pequenas dimensões, implicando um transporte fácil por parte do utilizador. A sua manutenção é simples, não existindo baterias, nem alarmes. Possibilita ainda, o tratamento domiciliário, melhorando a qualidade de vida do cliente e evitando internamentos hospitalares (Vieira et al., 2003).

O seu uso está contraindicado quando uma administração rápida de medicamentos, é pretendida. A inexistência de alarmes e o fluxo nominal pré estabelecido em cada infusor, pode variar ligeiramente, em função da temperatura, viscosidade da mistura e o gradiente de nível entre o reservatório e o local de acesso do doente, poderão ser inconvenientes (Vieira et al., 2003; Lopez & Gregori, 2017).

Em cuidados paliativos, e pelos motivos já mencionados anteriormente, o uso deste dispositivo é muito preconizado. Neste caso clínico, à cliente foi-lhe colocado DIB, perfusão para 24h, com associação de dois fármacos, midazolam e haloperidol, via SC, para controlo do delirium hiperativo. Os cuidados de enfermagem inerentes à sua utilização, passam pela preparação da medicação a administrar no infusor elastométrico, vigilância da perfusão e da presença de sinais inflamatórios no cateter SC.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
01-10-2024 09:00	Deglutição	
01-10-2024 09:00	Virar-se	
01-10-2024 09:00	Cuidar da higiene pessoal	
01-10-2024 09:00	Vestir-se ou despir-se	
01-10-2024 09:00	Atitudes terapêuticas	
01-10-2024 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
01-10-2024 09:00	Pele e mucosas	
01-10-2024 09:00	Emoção	15-10-2024 09:00
01-10-2024 09:00	Pensamento	
01-10-2024 09:00	Consciência	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Irei de seguida, abordar os domínios identificados no caso clínico em análise. Esta reflexão conceptual e teórica em contexto de cuidados paliativos, irá contribuir para adquirir conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Consciência

O conceito consciência é estudado pelas ciências de enfermagem e classificado como um foco de atenção. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) menciona a consciência como um status: resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos, mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior (OE, 2022).

O comprometimento do estado de consciência, pode variar do leve (desorientação no espaço e no tempo) até ao seu estado mais grave que é o coma. As causas de alteração da consciência são multifatoriais, mas apesar desta diversidade podem ser agrupadas em dois grupos: resultantes de lesão ou doença primária do cérebro: traumatismo cranioencefálico, doença vascular isquémica e hemorrágica, infeções e tumores ou resultantes de condições sistémicas que secundariamente afetam o cérebro: encefalopatias, toxicidade de fármacos, causas físicas e estados de deficiência (Feijó, 2015).

Os níveis de consciência são classificados de acordo com as seguintes designações: **vígil ou alerta**- o cliente responde imediatamente; **sonolento**- estado de sonolência ou inação em que o cliente precisa de um estímulo mais intenso para acordar; **obnubilado** - indiferença aos

estímulos externos, resposta minimamente mantida a estímulos intensos; **estuporoso** – o cliente apenas desperta com estímulos muito vigorosos e a sua resposta é escassa e **coma** – o cliente não se encontra despertável, mesmo recorrendo a estímulos vigorosos (Theland et al., 1993 como citado em Feijó, 2015).

No presente caso clínico, e tendo em conta que a cliente desenvolveu um quadro de delirium hiperativo, com necessidade de medicação para diminuir o estado de agitação, ansiedade e sofrimento em que se encontrava, permite-nos concluir que o seu estado de consciência se encontrava comprometido.

Domínio Deglutição

Deglutir é definido como o ato de comer ou beber, envolvendo o transporte de líquidos e alimentos fragmentados da boca para o estômago, através de movimentos da língua e dos músculos da orofaringe e do esófago (Internacional Council of Nurses-ICN, 2019).

Os cuidados paliativos visam promover a qualidade de vida dos clientes e seus familiares, onde a presença precoce de disfagia é uma realidade, afetando negativamente a sua qualidade de vida (Barbosa et al., 2024). Tal alteração na ingestão de alimentos e líquidos, é vivida com angústia, não só pelo cliente, mas também pelos profissionais e pela família (Botejara & Neto, 2016).

A disfagia é definida como a dificuldade em deglutir, podendo resultar de alterações neuromusculares ou obstruções mecânicas (ICN, 2019). Poderá ainda ser de origem obstrutiva, como no caso do cancro da cabeça e pescoço, tratamentos quimioterapia e radioterapia, origem muscular ou outras, tais como: doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), miopatia de desuso, sarcopenia (Holdoway & Smith, 2019). É considerada uma condição clínica, que coloca em risco a segurança da via aérea e a capacidade de manter as necessidades nutricionais do indivíduo, por dificuldade em deglutir alimentos líquidos e sólidos em quantidade suficiente para satisfazer essas necessidades. Está associada muitas vezes a doenças neurodegenerativas, como as doenças de Parkinson e Alzheimer e ao Acidente Vascular Cerebral, cuja prevalência vai aumentando com a idade, agravando assim o quadro de presbifagia que se instala ao longo do processo de envelhecimento (Ferreira et al., 2022).

A presbifagia, é definida na literatura, como uma alteração da deglutição que acontece associada ao processo natural do envelhecimento e cujos principais sinais e sintomas são: o acúmulo de alimento em cavidade oral, modificações na mastigação, fuga do conteúdo alimentar durante a refeição, regurgitação nasal do alimento, tosse após a ingestão de alimento e/ou líquidos, odinofagia, engasgo e sensação de bolo parado na região faríngea (Almeida & Sampaio., 2022). É, na maioria das vezes, assintomática, e resulta das alterações anatomo-fisiológicas das estruturas que envolvem o pescoço e a cabeça. A perda de massa muscular desta zona, levam à regressão da laringe, ao aumento do período de apneia e ao risco de

penetração e de acumulação de resíduos na faringe, o que vai originar uma redução da eficácia do tempo de progressão do bolo alimentar, atrasando assim o reflexo de deglutição. O envelhecimento afeta o processo de deglutição, quer na fase oral quer na fase faríngea (Ferreira et al., 2022).

A disfagia pode ser classificada em orofaríngea, associada à disfunção na faringe e esfíncter esofágico superiores, ou esofaríngea, associada à disfunção do esófago (Pessoa et al., 2021).

A mais comum é a orofaríngea e pode resultar na acumulação do bolo alimentar na boca, não havendo deglutição, o que condiciona o risco de aspiração. A deterioração dos clientes condiciona a sua capacidade funcional, que normalmente se encontram acamados e totalmente dependentes para o autocuidado, a incapacidade de comunicar verbalmente e a dificuldade na alimentação manifestada por anorexia e falha de refeições, incapacidade de se alimentarem sozinhos, recusa alimentar e/ou disfagia (Pessoa et al., 2021).

A disfagia pode causar várias complicações: a aspiração pode ocorrer em 52% dos doentes com disfagia, da qual podem resultar infeções respiratórias, nomeadamente pneumonias e sufocação; a desidratação em 58% a 75% dos doentes, assim como pode ocorrer o emagrecimento e a má nutrição. O tempo de internamento pode prolongar-se e a qualidade de vida é afetada ao haver um aumento da mortalidade (Gonçalves, 2023). A avaliação da deglutição em cuidados paliativos é descrita por muitos, como um importante indicador de qualidade (Zenging et al., 2023), sendo a identificação dos clientes com disfagia uma prioridade, por forma a proporcionar intervenções adequadas e prevenindo complicações.

No entanto, a preocupação de poder alimentar o cliente, bem como a forma e as estratégias usadas no procedimento, são muitas vezes motivo de discórdia, não só entre os profissionais de saúde, mas principalmente a própria família, que fica angustiada com esta questão, e que num clima de emotividade, exigem aos profissionais a manutenção do aporte de nutrientes, ao considerá-lo um cuidado básico (Botejara & Neto, 2016).

Esta falta de consenso entre os profissionais e os familiares cuidadores poderá ter várias causas, entre elas, a dificuldade em aceitar a progressão e irreversibilidade da doença, o desconhecimento das possíveis complicações e sofrimento agravado muitas vezes associadas à administração de hidratação e nutrição artificiais e a crença errada que o cliente está a morrer à fome e à sede. O que deverá ser consensual, é que todas as intervenções no final de vida, em clientes com doenças graves e irreversíveis, deverão ser orientadas para a promoção de conforto, sem intensificar o sofrimento (Botejara & Neto, 2016).

Domínio Pensamento

Delirium é um termo com origem na palavra “delirare”, que significa “sair do sulco” (Chishi et al., 2023).

O delirium é um quadro mental agudo ou subagudo (horas a dias) devido a uma disfunção orgânica cerebral difusa que afeta a cognição e a atenção, na qual existe uma diminuição do nível de consciência, uma atividade psicomotora anormalmente aumentada ou diminuída, uma perturbação do ciclo sono vigília e outras perturbações cognitivas, incluindo da percepção. A característica mais importante do delirium é a redução do nível de consciência (Barbosa et al., 2016).

Segundo o ICN (2019) delirium é uma distorção no processo de pensamento, podendo ser diagnosticado por uma variedade de sintomas, entre eles, desatenção, pensamento desorganizado, consciência alterada e outros múltiplos domínios cognitivos.

É referenciado na literatura como uma questão importante no fim de vida (Harris et al., 2020; Agar, 2020) e, a sua presença, contribui para um aumento de sofrimento do cliente e da família, afetando também a cognição e a capacidade de comunicação (Agar, 2020).

A sua etiologia é habitualmente multifatorial (opióides, alterações metabólicas, infeções, cirurgia recente, lesões estruturais), podendo ser raro encontrar-se uma única causa, sendo que, em 10% as causas não são encontradas (Barbosa et al., 2016).

A importância do rastreio do delirium em contexto paliativo, é salientada pela OMS, encontrando-se associada a risco aumentado de internamentos hospitalares, maior mortalidade e morbilidade e maiores custos de saúde e sofrimento para clientes, familiares e profissionais de saúde, bem como diminuição da qualidade de vida (Chishi et al., 2023; Lee et al., 2023; Rebelo et al., 2021; Sá Lopes, 2019).

O delirium é um síndrome frequente em cuidados paliativos (Barbosa et al., 2016; Klankluang et al., 2021), onde a sua prevalência é relatada entre 42% a 88,4% (Lee et al., 2023). Apesar da sua reversibilidade poder ocorrer em um terço dos casos com tratamento adequado, a sobrevivência entre clientes que desenvolveram delirium após a admissão, é de cerca de 50% (Chishi et al., 2023).

Evidenciando a importância na identificação precoce do delirium, o *National Institute for Health And Care Excellence* definiu *guidelines*, na tentativa de ajudar a identificar os clientes com maior risco de desenvolver delirium nas primeiras 24 horas após a admissão hospitalar, nomeadamente: os idosos (idade igual ou superior a 65 anos), os clientes com défice cognitivo (passado ou presente) e/ou demência, os clientes com fratura do colo do fémur e clientes com patologia médica grave (Sá Lopes, 2019).

Vários outros fatores poderão influenciar a ocorrência e a gravidade de sinais clínicos do delirium. Barbosa et al (2016) esquematiza-os em quatro dimensões fundamentais: fatores orgânicos (alterações metabólicas, intoxicação por fármacos, abstinência de drogas/fármacos, infeções e doenças neurológicas), fatores predisponentes (idade avançada, envelhecimento cerebral), fatores facilitadores (stress, estado emocional, ansiedade, alterações do sono,

isolamento social, mudança de ambiente, ambiente sentido como estranho e fatores precipitantes como a má nutrição/desidratação, a polimedicação e a algaliação (Barbosa et al., 2016).

O delirium pode ser classificado como hiperativo, hipoativo ou misto, consoante o nível de atividade psicomotora e de consciência verificados (Barbosa, 2016; Rebelo, 2021).

O delirium hiperativo é caracterizado por confusão, agitação e possível presença de alucinações e hiperalgesia (devido a síndrome de privação de opioides), no qual há uma aceleração do metabolismo cerebral e ritmo cerebral. O delirium hipoativo, por outro lado, inclui confusão, sonolência, prostração e letargia. No contexto dos Cuidados paliativos, o delirium hipoativo é o mais frequente, apesar de clientes com delirium hiperativo serem os mais frequentemente identificados e tratados. Clientes com delirium hipoativo podem ser, erradamente, diagnosticados como tendo depressão ou fadiga. O delirium misto encontra-se presente em mais de 50% das situações anteriores e tem as características dos dois anteriores, sucedendo-se períodos de calma e agitação (Barbosa et al., 2016; Rebelo, 2021).

Relativamente ao seu diagnóstico, existem critérios bem definidos e ferramentas que auxiliam o diagnóstico desta manifestação clínica. Assim, as Entrevistas/ Instrumentos Diagnósticos que poderão ser utilizados são: *Confusion Assessment Method* (CAM) validada para território português, *Delirium Symptom Interview Rating Scale* (DSI), *Memorial Delirium Assessment Scale* (MDAS) e o *Delirium Rating Scale* (DRS). As Escalas de rastreio de Delirium são: *Confusion Rating Scale* (CRS) e a *Nursing Delirium Screening Scale* (Nu-DESC) (Barbosa et al., 2016).

O delirium é frequentemente subdiagnosticado pelos profissionais de saúde, o que contribui para um prognóstico desfavorável, estimando-se que 70% dos casos não são diagnosticados (Sá Lopes, 2019).

Perante o diagnóstico, o tratamento passa por alívio dos sintomas e educar os familiares sobre a sua natureza e implicações. É importante pesquisar as causas subjacentes e corrigir os fatores predisponentes (revisão terapêutica, controlo da dor, hidratação, oxigénio), procurando o fator desencadeante e tentar eliminá-lo. Para além das medidas de correção metabólica, o tratamento farmacológico é indicado para reduzir a agitação, assim como o tratamento das alucinações e o restabelecimento dos padrões de sono (Barbosa et al., 2016).

As intervenções não farmacológicas compreendem medidas ambientais, comportamentais e sociais. As medidas ambientais contribuem para a orientação, segurança, conforto e tranquilidade do doente e contribuem para melhoria, a médio e longo prazo, e redução das complicações. Relativamente às medidas comportamentais e sociais, é importante promover atitudes calorosas, tranquilizadoras e de compreensão. A eficácia da comunicação e da reorientação no tempo e espaço deve ser garantida, promovendo a participação dos familiares e cuidadores nestas medidas, pelo que devem ser incentivados a fazer visitas regulares e a

reorientar, acalmar, assistir e confortar os clientes. No delirium hiperativo as visitas devem ser limitadas (Lopes, 2020; Lagares et al., 2023).

A prevenção é importante, através da avaliação regular da função cognitiva com instrumentos de rastreio cognitivo disponíveis, por profissionais de saúde treinados, o que irá permitir a identificação de casos de delirium (Sá Lopes, 2019). Por esse motivo, mudanças institucionais são necessárias, através da implementação de protocolos de formação alargados aos profissionais de saúde que permitam a prevenção desta síndrome, bem como, a sua identificação precoce e implementação de estratégias terapêuticas adequadas.

Relativamente a este caso clínico, pude verificar que, a cliente apresentou crises de ansiedade, choro compulsivo e agitação diurna e noturna com alteração no ciclo do sono vigília, sendo-lhe diagnosticado um delirium hiperativo, desconhecendo-se, no entanto, a causa subjacente a esta sintomatologia. O tratamento instituído à cliente, foi de encontro ao que a literatura refere, através da implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, para o seu controlo sintomático. De referir, a ausência de aplicabilidade de escalas/ instrumentos para o seu diagnóstico.

Domínio Pele e Mucosas

As alterações da mucosa oral têm uma prevalência significativa nos clientes com doença avançada, incurável e progressiva, podendo ser atribuíveis à própria patologia, como também aos efeitos secundários resultantes de tratamentos efetuados. A etiologia destas alterações pode ser variada, podendo surgir por maus cuidados orais, pelo agravamento do estado nutricional, diminuição de aporte vitamínico, diminuição da mastigação, presença de infeções bacterianas, fúngicas e virais, tumores da cavidade oral, quadros de desidratação e secundárias à realização de quimioterapia e radioterapia. As alterações da mucosa mais comuns nos clientes em cuidados paliativos são a mucosite, a xerostomia, as infeções, a halitose, a disgeusia e a estomatite oral (Fradique, 2016).

Reportando-me a esta cliente, pude verificar que se encontrava presente o diagnóstico de enfermagem, mucosa oral comprometida, devido à presença de xerostomia. A sede e a xerostomia são sintomas significativos, interligados e altamente angustiantes, experimentados por clientes que recebem cuidados paliativos e de fim de vida (Menezes, 2024), por esse motivo, importa diferenciá-los.

A sede é definida como a sensação da necessidade de beber, levando à necessidade de ingestão oral de líquidos (Phelan et al., 2023). A xerostomia é a sensação subjetiva de secura da boca relatada pelos clientes, normalmente acompanhada por uma redução marcada da secreção de saliva não estimulada (Gonçalves, 2024; Cunha et al., 2022).

A xerostomia é descrita como um dos sintomas mais perturbador em clientes com doença oncológica em estágio avançado, sendo que, a sua prevalência varia entre os 29% e os 77%,

representando um dos cinco sintomas mais frequentes neste grupo de doentes. As causas são multifatoriais e dependentes do indivíduo, tais como a redução ou cessação da ingestão oral devido à alteração da consciência, síndrome de anorexia-caquexia, disfagia e dispneia. Os anticolinérgicos, os antidepressivos, os opióides e outros medicamentos, a radioterapia e outros diagnósticos como o síndrome de Sjögren, também poderão contribuir para uma boca seca (Phelan et al., 2023).

As manifestações clínicas da xerostomia nos clientes com doença avançada, incurável e progressiva passam por queixas de secura a nível da mucosa oral e língua, dificuldades na fala, a mastigar ou a deglutir (Gonçalves, 2024).

O diagnóstico é feito através da história clínica do cliente, do questionamento acerca da sensação subjetiva de boca seca, bem como, se possível, da aplicação de uma escala numérica para quantificar a xerostomia (Gonçalves, 2024).

O tratamento da xerostomia, pode ser feito através da aplicação de medidas farmacológicas, com recurso à administração de saliva artificial ou de fármacos estimuladores de saliva, onde os cuidados orais são essenciais devendo ser reforçados (Gonçalves, 2024).

O tratamento não farmacológico visa o incentivo à utilização de terapia de estimulação da saliva, através do uso de pastilha elástica ou rebuçados de sabor cítrico sem açúcar; o recurso a gelo moído ou água em spray, saliva artificial e utilização de creme hidratante para os lábios; o uso de terapia nutricional, através do aumento de aporte hídrico, quando adequado; o recurso a refeições com alimentos moles e com molhos, com preferência pelos alimentos frios/tépidos; por fim, sugar pequenos cubos congelados de ananás, pepino ou maçã, pode também, auxiliar na minimização dos sintomas associados à xerostomia (Gonçalves, 2024). Phelan et al.(2023), mencionam excelentes efeitos no alívio deste sintoma com a ingestão de gelado de menta.

Tendo em conta o quadro clínico apresentado por esta cliente, sede e xerostomia, com perda progressiva da via oral, é importante considerar intervenções, que como futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação paliativa, possa adotar e cujo objetivo é proporcionar alívio, conforto e qualidade de vida.

Assim, e estando a capacidade de deglutição comprometida, a minha atuação passa pela promoção de uma boa higiene oral, através da humedificação frequente da cavidade oral com auxílio de compressas embebidas em água e colutório, bem como, a aplicação de água em spray ou de saliva artificial, que poderão ser úteis no alívio da sensação de sede. A aplicação de um creme hidratante para os lábios também é recomendado.

O apoio à família como parte integrante dos cuidados é igualmente fundamental, informando-os sobre a situação, capacitando-os e motivando-os para os cuidados à mucosa oral.

Domínio Autocuidado- Virar-se, Cuidar da higiene pessoal, Vestir-se ou Despir-se

A cliente deste estudo de caso, apresentava comprometimento nas várias vertentes do autocuidado (cuidar da higiene pessoal, transferir-se, virar-se, vestir-se e despir-se). A importância do banho, é salientada por Nightingale (2005), descrevendo-o, como a sensação de alívio e conforto, após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada.

Importa referir, que é através das atividades do autocuidado, como, o banho, o vestir-se, o virar-se, que a relação entre enfermeiro- cliente, é alicerçada. É neste momento de intimidade, que aos enfermeiros, é lhes permitido confortar no cuidar, visualizando o estado da sua pele, proporcionando relaxamento e comunicando com o cliente.

Em cuidados paliativos onde a morte é encarada, como um processo natural e individual, a sensação de conforto, é assim pretendida, através do alívio do sofrimento nas diversas dimensões do ser humano, proporcionando qualidade de vida à pessoa e família (Lourenço et al., 2021), nomeadamente nas atividades do autocuidado.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

01-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

01-10-2024 09:00 - Consciência comprometida

01-10-2024 09:00 - Abertura dos olhos: espontânea.

15-10-2024 09:00 - Abertura dos olhos: espontânea [MANTEVE].

01-10-2024 09:00 - Resposta verbal: confusa.

15-10-2024 09:00 - Resposta verbal: incompreensível [PIOROU].

01-10-2024 09:00 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

15-10-2024 09:00 - Resposta motora: flexão anormal [PIOROU].

01-10-2024 09:00 - Reflexo pupilar

01-10-2024 09:00 - Direita(o): Pupilas isocóricas e reativas.

15-10-2024 09:00 - Reflexo pupilar

15-10-2024 09:00 - Direita(o): Pupilas isocóricas e reativas.

01-10-2024 09:00 - Esquerda(o): Pupilas isocóricas e reativas.

15-10-2024 09:00 - Esquerda(o): Pupilas isocóricas e reativas.

01-10-2024 09:00 - Ausência de vômito em jato.

15-10-2024 09:00 - Ausência de vômito em jato [MANTEVE].

01-10-2024 09:00 - Determinar evolução da consciência

01-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciência [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Prevenir úlcera de pressão

01-10-2024 09:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão

01-10-2024 09:00 - Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais

01-10-2024 09:00 - Dar banho na cama

01-10-2024 09:00 - Lavar cavidade oral [e em SOS]

01-10-2024 09:00 - Vestir/despir

01-10-2024 09:00 - Alimentar cliente

15-10-2024 09:00

15-10-2024 09:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

Deglutição

01-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Com indícios de compromisso da deglutição.

01-10-2024 09:00 - Deglutição comprometida

01-10-2024 09:00 - Acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral, Tosse associada à deglutição.

15-10-2024 09:00 - Perda de conteúdo da cavidade oral.

01-10-2024 09:00 - Determinar evolução da deglutição

01-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da deglutição [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Referenciar deglutição comprometida ao médico [SOS]

01-10-2024 09:00 - Prevenir aspiração

01-10-2024 09:00 - Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição [FIM]

15-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Promover papel do cuidador: prevenção da aspiração

15-10-2024 09:00

15-10-2024 09:00 - Com indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

Pele e mucosas

01-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

01-10-2024 09:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

01-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Eritema pelas fraldas

01-10-2024 09:00 - Determinar evolução do eritema pelas fraldas

01-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do eritema pelas fraldas [sem horário]

15-10-2024 09:00 - Promover cicatrização do eritema pelas fraldas

15-10-2024 09:00 - Aplicar creme na região perineal

15-10-2024 09:00 - Remover fralda

15-10-2024 09:00 - Trocar fralda

01-10-2024 09:00 - Promover papel do cuidador: gestão da cicatrização do eritema pelas fraldas

01-10-2024 09:00 - Membrana mucosa comprometida

01-10-2024 09:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

01-10-2024 09:00 - Cavidade oral

01-10-2024 09:00 - Coloração da mucosa: amarelada.

01-10-2024 09:00 - Mucosa seca.

01-10-2024 09:00 - Mucosa com placas aderentes.

15-10-2024 09:00 - Localização do compromisso da membrana mucosa

15-10-2024 09:00 - Cavidade oral

15-10-2024 09:00 - Coloração da mucosa: amarelada.

15-10-2024 09:00 - Mucosa seca.

15-10-2024 09:00 - Mucosa com placas aderentes.

01-10-2024 09:00 - Determinar evolução da integridade das membranas mucosas

01-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Promover cicatrização da membrana mucosa

15-10-2024 09:00 - Aplicar creme

01-10-2024 09:00 - Tratar membrana mucosa [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Lavar cavidade oral [e em SOS]

01-10-2024 09:00 - Promover papel do cuidador: gestão da cicatrização da membrana mucosa

15-10-2024 09:00

15-10-2024 09:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

Emoção

01-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Sem indícios de humor depressivo.

01-10-2024 09:00 - Sem indícios de euforia.

01-10-2024 09:00 - Verbaliza ansiedade.

01-10-2024 09:00 - Manifestação de inquietação.

01-10-2024 09:00 - Manifestação de irritabilidade.

01-10-2024 09:00 - Com manifestação de pânico .

01-10-2024 09:00 - Não manifesta negação da perda.

01-10-2024 09:00 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

01-10-2024 09:00 - Ansiedade [RESOLVIDO] 15-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 15-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da ansiedade [sem horário] [FIM] 15-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Referenciar ansiedade ao médico [SOS] [FIM] 15-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Diminuir ansiedade [FIM] 15-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Executar técnica de relaxamento [sem horário] [FIM] 15-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade [sem horário] [FIM] 15-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Promover papel do cuidador: gestão da ansiedade [FIM] 15-10-2024 09:00

15-10-2024 09:00

15-10-2024 09:00 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

15-10-2024 09:00 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

15-10-2024 09:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

15-10-2024 09:00 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

15-10-2024 09:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MELHOROU].

15-10-2024 09:00 - Sem manifestação de pânico [MELHOROU].

15-10-2024 09:00 - Não manifesta negação da perda [MANTEVE].

15-10-2024 09:00 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda [MANTEVE].

Pensamento

01-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Pensamento desorganizado e sem sequência lógica.

01-10-2024 09:00 - Dificuldade para resistir ou controlar os pensamentos obsessivos.

01-10-2024 09:00 - Sem indícios de ideação suicida.

01-10-2024 09:00 - Relato com conteúdo implausível (com base em algo falso ou sem base na realidade).

01-10-2024 09:00 - Delírio

01-10-2024 09:00 - Especificação do conteúdo do delírio Agitação, discurso confusional,

alterações ciclo sono- vigília.

01-10-2024 09:00 - Determinar evolução do delírio

01-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do delírio [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Referenciar delírio ao médico [SOS] [FIM] 15-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Prevenir acidentes [FIM] 15-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Implementar medidas de segurança face ao delírio [sem horário] [FIM] 15-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Pensamento comprometido

01-10-2024 09:00 - Determinar evolução do pensamento

01-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do pensamento comprometido [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Referenciar pensamento comprometido ao médico [SOS]

15-10-2024 09:00

15-10-2024 09:00 - Pensamento desorganizado e sem sequência lógica.

15-10-2024 09:00 - Sem dificuldade para resistir ou controlar os pensamentos obsessivos.

15-10-2024 09:00 - Sem indícios de ideação suicida [MANTEVE].

15-10-2024 09:00 - Sem relato com conteúdo implausível (com base em algo falso ou sem base na realidade) [MELHOROU].

Virar-se

01-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Capaz de mudar de posição na cama

01-10-2024 09:00 - Dispositivo: Grades da cama - não inicia o movimento de rodar o corpo na cama e não se posiciona.

01-10-2024 09:00 - Virar-se comprometido

01-10-2024 09:00 - Assegurar atividades de virar-se

01-10-2024 09:00 - Posicionar usando dispositivo

01-10-2024 09:00 - Prevenir úlcera de pressão

01-10-2024 09:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão

01-10-2024 09:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão [sem horário]

01-10-2024 09:00 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades do virar-se

01-10-2024 09:00 - Promover papel do cuidador: prevenção da úlcera de pressão

Cuidar da higiene pessoal

01-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Não obtém objetos para o banho.

01-10-2024 09:00 - Não abre a torneira.

01-10-2024 09:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

01-10-2024 09:00 - Não lava nem seca o corpo.

01-10-2024 09:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

01-10-2024 09:00 - Não lava nem seca parte do corpo.

01-10-2024 09:00 - Não lava a cavidade oral.

01-10-2024 09:00 - Não aplica produtos de higiene.

01-10-2024 09:00 - Capaz de pentear-se

01-10-2024 09:00 - Não se penteia.

01-10-2024 09:00 - Capaz de cortar as unhas

01-10-2024 09:00 - Não corta as unhas.

01-10-2024 09:00 - Não se limpa após usar o sanitário.

01-10-2024 09:00 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

01-10-2024 09:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

01-10-2024 09:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal

01-10-2024 09:00 - Arranjar o cliente

01-10-2024 09:00 - Dar banho na cama

01-10-2024 09:00 - Lavar cavidade oral [e em SOS]

01-10-2024 09:00 - Trocar fralda

01-10-2024 09:00 - Promover papel do cuidador: prevenção da maceração

15-10-2024 09:00

15-10-2024 09:00 - Não obtém objetos para o banho [MANTEVE].

15-10-2024 09:00 - Não abre a torneira [MANTEVE].

15-10-2024 09:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

15-10-2024 09:00 - Não lava nem seca o corpo [MANTEVE].

15-10-2024 09:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

15-10-2024 09:00 - Não lava nem seca parte do corpo [MANTEVE].

15-10-2024 09:00 - Não lava a cavidade oral [MANTEVE].

15-10-2024 09:00 - Não aplica produtos de higiene [MANTEVE].

15-10-2024 09:00 - Capaz de pentear-se

15-10-2024 09:00 - Não se penteia [MANTEVE].

15-10-2024 09:00 - Capaz de cortar as unhas

15-10-2024 09:00 - Não corta as unhas [MANTEVE].

15-10-2024 09:00 - Não se limpa após usar o sanitário [MANTEVE].

15-10-2024 09:00 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

Vestir-se ou despir-se

01-10-2024 09:00

01-10-2024 09:00 - Não escolhe as roupas.

01-10-2024 09:00 - Não retira roupa da gaveta ou armário.

01-10-2024 09:00 - Capaz de vestir-se

01-10-2024 09:00 - Não veste todas as peças de roupa.

01-10-2024 09:00 - Capaz de abotoar-se

01-10-2024 09:00 - Não abotoa.

01-10-2024 09:00 - Capaz de atar cordões

01-10-2024 09:00 - Não ata cordões.

01-10-2024 09:00 - Capaz de calçar meias

01-10-2024 09:00 - Não calça as meias.

01-10-2024 09:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido

01-10-2024 09:00 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se

01-10-2024 09:00 - Vestir/despir

15-10-2024 09:00

15-10-2024 09:00 - Não escolhe as roupas [MANTEVE].

15-10-2024 09:00 - Não retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

- 15-10-2024 09:00 - Capaz de vestir-se
15-10-2024 09:00 - Não veste todas as peças de roupa [MANTEVE].
15-10-2024 09:00 - Capaz de abotoar-se
15-10-2024 09:00 - Não abotoa [MANTEVE].
15-10-2024 09:00 - Capaz de atar cordões
15-10-2024 09:00 - Não ata cordões [MANTEVE].
15-10-2024 09:00 - Capaz de calçar meias
15-10-2024 09:00 - Não calça as meias [MANTEVE].

3.7. Especificação das intervenções

Alimentar cliente

- Elevar a cabeceira do leito para alimentar
- Lateralizar para a esquerda ou direita
- Alimentar Cuidadosamente a cliente
- Após a alimentação deixar leito da cama ligeiramente elevado

Avaliar evolução da consciência

- Vigiar presença de sinais de alteração da consciência

Aplicar colchão de alívio de pressão

- Colocar colchão de alívio de pressão no leito

Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas

- verificar evolução da integridade das membranas mucosa

Tratar membrana mucosa

- Lavar cavidade oral com antisséptico
- Humidificar mucosa oral com esponja embebida em água
- Hidratar lábios

Lavar cavidade oral

- Lavar a cavidade oral com esponja humedecida em água e benzidamina

Avaliar evolução da deglutição

- Vigiar presença de sinais relativos a alteração na deglutição

Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição

- Elevar a cabeceira do leito para alimentar a cliente
- Lateralizar para a esquerda ou direita
- Após a alimentação deixar leito da cama ligeiramente elevado

Posicionar para prevenir a aspiração

- Posicionar a cliente lateralizando e elevar a cabeceira do leito

Referenciar deglutição comprometida ao médico

- Comunicar presença de tosse aquando a alimentação
- Comunicar ausência de reflexo de deglutição

Posicionar usando dispositivo

- Utilizar lençol traçado para posicionar
- Colocar cunha na região dorsal para posicionar

Dar banho na cama

- Prestar cuidados de higiene e conforto no leito

Posicionar para prevenir úlcera de pressão

- Posicionar de três em três horas
- Aplicar creme corporal e creme barreira em zonas ruborizadas
- Proteger os calcâneos com calcanheiras

Otimizar sonda de oxigénio

- Verificar se as aletas das cânulas nasais se encontram limpas e integras
- Verificar permeabilidade da sonda de oxigénio
- Colocar a sonda adequadamente na cliente, evitando trauma nas orelhas da cliente

Otimizar cateter urinário

- Fixar cateter urinário na perna
- Posicionar saco coletor num nível inferior à bexiga
- Verificar permeabilidade do cateter

Avaliar evolução de sinais de infeção do sistema urinário

- Vigiar as características da urina
- Referenciar alterações das características da urina

Otimizar cateter subcutâneo

- Verificar permeabilidade do cateter SC através da instilação de 2ml de Soro Fisiológico

Executar técnica de relaxamento

- Comunicar com a cliente com tom de voz calmo
- Massajar superfície corporal, se cliente permitir
- Informar a cliente sobre as intervenções a realizar

Avaliar evolução do delírio

- Vigiar evolução de sinais de confusão

Implementar medidas de segurança face ao delírio

- Proporcionar ambiente calmo e tranquilo
- Baixar persianas a media luz
- Colocar grades bilaterais no leito
- Administração medicação prescrita em SOS para agitação

Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

- Falar calmamente com a cliente, num tom de voz baixo
- Tocar na cliente se permitir
- Explicar procedimentos a realizar
- Explicar, se oportuno, técnica de respiração
- Validar a cliente

Manter oxigenoterapia

- Manter cânulas nasais a 2L/min

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo

- Verificar presença de sinais inflamatórios no local do cateter SC

Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo

- Mudar penso do cateter SC, caso se encontre repassado

Trocar cateter subcutâneo

- Trocar cateter SC em SOS

Trocar cateter urinário

- Agendar troca de cateter urinário conforme protocolo

Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo

- Verificar permeabilidade do cateter SC aquando a administração de medicação
- Verificar se medicamento administrado foi absorvido pela via SC

Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário

- Verificar permeabilidade do cateter urinário
- Monitorizar eliminação urinária em cada turno

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Vigiar presença de sinais de alteração da integridade dos tecidos

3.8. Síntese relativa ao caso

Os enfermeiros assumem um papel fundamental como membros de uma equipa multidisciplinar de cuidados paliativos, no alívio de uma multiplicidade de sintomas que os clientes apresentam, causadores de sofrimento para os próprios e respetivas famílias.

A escolha do presente caso clínico, teve em conta a temática por mim escolhida para o desenvolvimento do Relatório de Estágio de Natureza Profissional- A perda da via oral na pessoa em situação de fim de vida.

O caso clínico abordado, foi relativo a uma cliente que se encontrava internada na unidade de cuidados paliativos onde desenvolvi o meu estágio, e que apresentava o diagnóstico de

adenocarcinoma do ovário em estágio IV, com perda progressiva da via oral.

Neste trabalho, foram desenvolvidas duas sessões. Na primeira, a cliente encontrava-se consciente, orientada, com resposta verbal débil e disfagia marcada. Após a avaliação inicial, foram desenvolvidos os seguintes domínios: consciência, deglutição, pensamento, emoção, pele e mucosas e autocuidado, que se encontravam comprometidos.

Na segunda sessão, a cliente encontrava-se com o quadro de delirium controlado, tendo-se agravado no entanto, o domínio da deglutição, uma vez que estava sem a via oral disponível. Nesta sessão, a D. Maria apresentava agravamento da sua situação clínica, sem discurso verbal, com a pele e mucosas comprometidas devido à presença de xerostomia e sensação de sede.

Tendo em conta este quadro clínico, foi importante considerar intervenções, que, como futura enfermeira especialista em enfermagem médico cirúrgica, na área da pessoa em situação paliativa, pude adotar, tendo como objetivo proporcionar alívio, conforto e qualidade de vida.

De referir, a promoção de uma boa higiene oral, através da humificação frequente da cavidade oral, úteis no alívio da sensação de sede e diminuição da xerostomia; a implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas no controlo do delirium que a cliente apresentava e o apoio que pude prestar à família, envolvendo-a como parte integrante no cuidar.

Através da comunicação, foi possível ouvir as preocupações da família relativas à perda da via oral da sua familiar, intervindo, validando as suas emoções e esclarecendo dúvidas, por forma a diminuir o seu sofrimento.

Por fim, a elaboração deste caso clínico, efetuada na plataforma *e4nursing* que a ESEP preconiza, permitiu-me reconhecer as necessidades da cliente, relacionadas com a perda da via oral em situação de fim de vida e com a elaboração de um plano de cuidados, desde a conceção, à implementação e avaliação de uma cliente em situação paliativa. Importa ainda referir que a designação 'úlceras de pressão', presente nesta plataforma se encontra desatualizada, sendo que a nomenclatura atualmente recomendada pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), desde 2016, é "úlceras por pressão" (Edsberg et al., 2016).

4. CUIDADOR CASO CLÍNICO 1

A D.^a Clara (nome fictício), tem manifestado muita preocupação com o estado de saúde da sua mãe, que se encontra internada numa unidade de internamento de cuidados paliativos. Após reunião familiar, onde foi-lhe explicado o estado clínico da cliente, o sentimento de tristeza e de angústia assolaram esta filha. Refere, não compreender o facto da familiar não estar a ser alimentada e que é muito difícil ver a mãe nesta situação, manifesta saudades da pessoa que era outrora.

4.1. Enquadramento teórico

Em cuidados paliativos, o início do luto familiar, ocorre ainda na fase de diagnóstico da doença. Nesta fase, a família começa a viver o luto antecipatório, pela antecipação de mudanças e perdas (Sousa et al., 2022).

A intervenção à família no luto antecipatório, visa apoiar a família no processo de fim de vida, ajudando-os a enfrentar os seus medos perante a morte do familiar e permitir que a realização de um luto normativo, seja um objetivo alcançado.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 60 anos | Feminino

4.3. Domínios

Início

02-10-2023 14:00

Domínios

Luto Antecipatório

Fim

4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Luto Antecipatório

A ideia da morte é muitas vezes esquecida ao longo da nossa vida, mas, quando confrontados com a nossa finitude, a de um familiar ou de um amigo, existe uma desestruturação de identidade, acompanhada de muito sofrimento (Sousa et al., 2022).

O luto é definido como uma resposta adaptativa a uma experiência de perda de vínculo afetivo, desencadeando um processo dinâmico de mudança e de transformação psicológicas, que envolve dimensões comportamentais, físicas, espirituais e socioculturais da experiência humana (Barbosa, 2016).

O processo pelo qual os sobreviventes (familiares ou amigos) vão assumindo o papel de enlutados e, começam (ou não) a elaborar as mudanças emocionais associadas à morte previsível do seu familiar designa-se por Luto Antecipatório (Barbosa, 2016).

Em cuidados paliativos, podemos considerar que o início do luto familiar ocorre ainda na fase de diagnóstico da doença. Nesta fase, a família começa a viver o luto antecipatório, pela antecipação de mudanças e perdas (Sousa et al., 2022).

Tal como a experiência de luto pela morte real, o luto antecipatório é realizado de maneira individual e permite o reajuste mediante as perdas simbólicas vividas ao longo da vida. Destacam-se as mudanças de papéis no ambiente familiar e social, da rotina e hábitos vividos até então, o declínio da funcionalidade corporal e cognitiva, e, ainda, a mudança da sua identidade, que agora deve ser adaptada à realidade desta etapa da vida (Rocha et al., 2023).

Trata-se de um processo complexo, envolvendo diferentes processos de adaptação /superação e reorganização perante a percepção da morte inevitável do familiar, bem como o lembrar de perdas passadas, presentes e futuras, próprias e de outros (Barbosa, 2016).

O luto antecipatório é a vivência da perda antes que esta aconteça de maneira concreta, seja pelo anúncio de uma doença terminal ou pela consciência da finitude, permitindo ao familiar cuidador vivenciar a despedida e a reorganização necessária antes da morte. Esta definição,

embora amplamente desenvolvida e utilizada quase exclusivamente no contexto de doenças terminais, para expressar o processo de adaptação a uma perda anunciada, aparece também como um construto explicativo da tristeza e da sobrecarga evidenciada pelos cuidadores (Rocha et al., 2023).

O papel decisivo da equipa de cuidados paliativos no apoio e acompanhamento aos familiares cuidadores, durante todo o processo de morrer, como também após a morte, está elencado no Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2023-2024, p.6):

- Os cuidados paliativos “são cuidados centrados na pessoa, sua família e cuidadores e baseiam-se na comunicação eficaz, na tomada de decisão compartilhada, na autonomia pessoal e prolongam-se no processo de luto;
- Os familiares/ cuidadores são valorizados e recebem os cuidados que se adequam às suas necessidades;”

O Questionário de *Marwit- Meuser Caregiver Grief Inventory - Short Form (MM-CGI-SF)* surge na literatura como um instrumento de avaliação do luto antecipatório associado à sintomatologia depressiva, à sobrecarga e exaustão, sentida pelos cuidadores de pessoas que vivem com pessoas em situações de demência progressiva (por exemplo, doença de Alzheimer). Originalmente foi desenvolvido para cuidadores informais de doentes com Alzheimer (Marwit & Meuser, 2005), tendo já sido validado junto de cuidadores de doentes com lesão cerebral e de cuidadores de doentes oncológicos. A MMCGI-SF na versão mais pequena, consiste num questionário de autoresposta, composto por 18 itens que avaliam a experiência de luto antecipatório nos familiares cuidadores de doentes oncológicos. Os 18 itens encontram-se repartidos por três dimensões: Sobrecarga e Sacrifício Pessoal, Sentimento de Tristeza e Saudade e Preocupação e Sentimento de Isolamento cotados numa escala de tipo Likert, de 1 (“Discordo fortemente”) a 5 (“Concordo fortemente”). A subescala Sobrecarga e Sacrifício Pessoal avalia as perdas (liberdade, independência) do indivíduo, experimentadas na sequência do acompanhamento do familiar doente, a subescala Sentimento de Tristeza e Saudade avalia a experiência de reações emocionais (tristeza, sentimento de impotência) decorrentes do acompanhamento do familiar doente, e por fim a subescala Preocupação e Sentimento de Isolamento avalia o grau de incerteza relativamente à evolução da doença e isolamento relativo à rede social (Almeida, 2013; Areia et al., 2016; Coelho, 2020).

Saber interpretar os sintomas e os sinais dos clientes através de uma avaliação cuidadosa é essencial, bem como a elaboração de um plano de cuidados individualizado centrado no cliente e na família, com vista a diminuir o sofrimento. Assim, pude verificar que os familiares da cliente, apresentaram sentimentos de perdas, tristeza, saudade e preocupação relativamente à situação da sua mãe. Trata-se de uma cliente, com um internamento anterior prolongado numa unidade de cuidados continuados de longa duração, e que, neste momento se encontrava internada numa unidade de cuidados paliativos, devido a complicações da sua doença de base.

Encontrava-se acamada e dependente no autocuidado.

A perda progressiva da via oral era uma preocupação constante dos familiares, onde foi notório o seu sofrimento nesta fase de fim de vida da sua familiar, com consequências emocionais e psíquicas de luto (Rocha et al., 2020), permitindo-me concluir, que os familiares estavam a vivenciar um luto antecipatório. Desta forma, comunicar com a família foi essencial, envolvendo-os no processo de cuidar minimizando o seu sofrimento, clarificando os objetivos dos cuidados e procedimentos, realçando que a perda do apetite e as dificuldades na deglutição são processos naturais e expectáveis na fase de fim de vida.

A minha intervenção à família no luto antecipatório, visou prevenir o desenvolvimento de um luto complicado do familiar cuidador, onde a comunicação foi uma ferramenta fundamental. Apoiar a família no processo de fim de vida, permitiu aos cuidadores sentirem-se seguros no cuidado, enquanto os ajudava a enfrentar os seus medos perante a morte do familiar e permitir que a realização de um luto normativo fosse um objetivo alcançado.

4.4. Conceção de Cuidados

Luto Antecipatório

02-10-2023 14:00

02-10-2023 14:00 - Manifestação de sentimentos de pesar: perda dos papéis de mãe, perda de autonomia; Manifestação de saudade da pessoa; Dificuldade em aceitar a evolução da doença da sua familiar.

02-10-2023 14:00 - Luto Antecipatório

02-10-2023 14:00 - Determinar a evolução do luto antecipatório

02-10-2023 14:00 - Avaliar evolução do luto antecipatório [1x dia]

02-10-2023 14:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o luto antecipatório

02-10-2023 14:00 - Escuta Ativa [sem horário]

02-10-2023 14:00 - Executar reestruturação cognitiva [sem horário]

02-10-2023 14:00 - Assistir a família no processo de luto antecipatório [sem horário]

02-10-2023 14:00 - Promover Auto controlo: processo de pensamento relacionado com o luto antecipatório

02-10-2023 14:00 - Incentivar o Auto controlo: processo de pensamento relacionado com o luto antecipatório [sem horário]

02-10-2023 14:00 - Potencial para melhor conhecimento sobre o processo de luto

02-10-2023 14:00 - Determinar a evolução do conhecimento sobre o luto*02-10-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre o luto [1x dia]***02-10-2023 14:00 - Melhorar o conhecimento sobre o processo de luto***02-10-2023 14:00 - Ensinar sobre o luto [sem horário]***02-10-2023 14:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à perda****02-10-2023 14:00 - Determinar o significado atribuído à perda***02-10-2023 14:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à perda [1x dia]***02-10-2023 14:00 - Melhorar o significado atribuído à perda***02-10-2023 14:00 - Assistir na identificação do significado atribuído à perda [sem horário]**02-10-2023 14:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [sem horário]***02-10-2023 14:00 - Promover a expressão de emoções relacionadas com a perda***02-10-2023 14:00 - Assistir na expressão e gestão de sentimentos e emoções relativas à perda [sem horário]**02-10-2023 14:00 - Assistir a família a resolver sentimentos irrealis de culpa [sem horário]***02-10-2023 14:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à perda****02-10-2023 14:00 - Determinar o significado atribuído à perda***02-10-2023 14:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à perda [1x dia]***02-10-2023 14:00 - Melhorar o significado atribuído à perda***02-10-2023 14:00 - Assistir na identificação do significado atribuído à perda [sem horário]**02-10-2023 14:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [sem horário]**02-10-2023 14:00 - Encorajar a família a acompanhar a cliente na fase terminal da doença [sem horário]**02-10-2023 14:00 - Assistir na comunicação [sem horário]***02-10-2023 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre o processo de doença e morte****02-10-2023 14:00 - Determinar evolução do conhecimento sobre o processo de doença e morte***02-10-2023 14:00 - Avaliar a evolução do conhecimento sobre o processo de doença e morte [1x dia]***02-10-2023 14:00 - Melhorar o conhecimento sobre o processo de doença e morte***02-10-2023 14:00 - Ensinar sobre o processo de doença e morte [sem horário]***16-10-2024 14:00****16-10-2024 14:00 - Manifestação de perdas de papéis, tristeza e saudade.**

4.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do luto antecipatório

- Identificar alterações a nível psicológico e emocional
- Aplicar Marwit- Meuser Caregiver Grief Inventory - Short Form (MM-CGI-SF)

Escuta Ativa

- Proporcionar momentos de escuta à familiar

Executar reestruturação cognitiva

- Avaliar a cliente sobre existência de pensamento distorcido
- Assistir a cliente a alterar pensamento distorcido

Assistir a família no processo de luto antecipatório

- Identificar manifestações de luto expressas pela família
- Discutir com a familiar o percurso de evolução de doença
- Assistir a familiar no processo de evolução de doença e nas perdas progressivas da cliente

Incentivar o Auto controlo: processo de pensamento relacionado com o luto antecipatório

- Auxiliar a familiar no processo de pensamento relacionado com o luto antecipatório

Avaliar evolução do conhecimento sobre o luto

- Identificar a evolução de conhecimento sobre o luto

Ensinar sobre o luto

- Informar a familiar sobre o luto como algo individual e variável

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Discutir com a familiar sobre as perdas percecionadas e o significado que lhes atribui

Assistir na expressão e gestão de sentimentos e emoções relativas à perda

- Incentivar a familiar na expressão e gestão de sentimentos
- Discutir com a familiar sobre a gestão de sentimentos relativos à perda

Assistir a família a resolver sentimentos irrealis de culpa

- Orientar a família a resolver sentimentos

Assistir na identificação do significado atribuído à perda

- Explorar a perceção da família sobre o percurso de doença da familiar
- Identificar as expectativas da família sobre a evolução da doença
- Discutir com a família sobre a compreensão da evolução da doença
- Verificar reações emocionais da família face à condição da cliente

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Discutir com a família sobre a aceitação de perdas decorrentes da aproximação do processo da morte

Encorajar a família a acompanhar a cliente na fase terminal da doença

- Incentivar a familiar ao acompanhamento, como forma de aceitação de dever cumprido
- Incentivar na participação dos cuidados

Assistir na comunicação

- Estabelecer relação empática com a familiar
- Incentivar à expressão de sentimentos
- Incentivar a despedida

Ensinar sobre o processo de doença e morte

- Informar sobre o processo de evolução da doença
- Informar sobre os sinais e sintomas de morte iminente
- Informar sobre a proximidade do processo de morte

4.6. Síntese relativa ao caso

A relação terapêutica que se estabelece com os familiares cuidadores num momento frágil como o de fim de vida do seu familiar, evidencia o papel dos enfermeiros como membros de uma equipa multidisciplinar de cuidados paliativos, ajudando-os na consciencialização da finitude e permitindo a expressão de sentimentos e emoções.

Neste caso clínico, foi identificado o domínio luto antecipatório à familiar da cliente, tendo manifestado sentimentos de perdas, tristeza, ansiedade e preocupação relativamente à situação da sua mãe.

Foram elaboradas duas sessões. Na primeira sessão, foi desenvolvido um plano individualizado de cuidados na plataforma *e4nursing* para a familiar cuidadora, que apresentava dificuldades em aceitar a evolução da doença progressiva e avançada da sua mãe, sendo pretendido o desenvolvimento de um luto normativo.

Na segunda sessão, pude verificar alguns resultados positivos. Foi efetuado um contacto telefónico seis semanas após o falecimento da cliente à familiar cuidadora, que, apesar de manifestar ainda alguma tristeza e saudade, reconheceu o processo natural de morte perante a doença avançada, que a sua mãe apresentava.

De salientar, que nesta familiar cuidadora, a perda da via oral da cliente era uma preocupação, onde pude desenvolver a minha intervenção como futura especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, no apoio emocional a esta familiar, através da escuta ativa, da validação de sentimentos e emoções e informando que o motivo da perda da via oral e a falta de ingestão de líquidos e alimentos, eram resultantes do estágio irreversível de doença que a sua mãe se encontrava, onde o conforto e a qualidade de

fim de vida eram priorizados.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os cuidados de enfermagem, assumem nos dias de hoje, uma maior importância e exigência técnica e científica, onde a diferenciação e a especialização, é cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. Neste sentido, o EE surge como aquele a quem é reconhecida esta competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

A atribuição do título de EE é da responsabilidade da OE, que reconhece atualmente a existência de seis especialidades e pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos regulamentos da respetiva especialidade em enfermagem, que esses profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

É pressuposto que tais competências envolvam dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permitam avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

As competências comuns do enfermeiro especialista encontram-se descritas no Regulamento nº 140/2019 da OE definindo os seguintes domínios: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão de cuidados e d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que concerne às competências específicas do enfermeiro especialista, descritas como aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento nº140/2019, p. 4745).

Neste sentido, e dada a necessidade de cuidados especializados em áreas emergentes, a OE, a partir de 2018, decidiu especificar as competências em função do alvo de cuidados e contexto de intervenção, nos quais se destaca, a especialidade médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, que constitui o contexto, no qual estou a desenvolver o presente relatório.

As competências específicas são as “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de

especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento nº140/2019, p. 4745).

As competências específicas do enfermeiro especialista nesta área incluem, o cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/ familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida e o estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento do luto (Regulamento nº429/2018)

Desta forma, pretendo apresentar neste capítulo, uma descrição crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas durante o ENP, que conduziram ao desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa.

5.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

É pressuposto que todos os enfermeiros especialistas partilhem um grupo de domínios, considerados competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Irei de seguida, proceder à descrição das atividades realizadas no ENP para o desenvolvimento destas competências.

Responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pressupõe-se que o enfermeiro especialista desenvolva “uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº140/2019, p.4745).

Relativamente aos padrões éticos profissionais, o código deontológico de enfermagem, considerado documento orientador para a prática profissional, destaca que estes padrões, assentam num conceito moral básico, que é a preocupação e o bem estar dos outros seres humanos, onde a qualidade científica ou técnica, por si só, não é suficiente, exigindo-se uma qualidade humana e humanizadora (OE, 2015).

Os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, considerados fundamentais, estiveram presentes na conceção de cuidados ao cliente e família durante o ENP. O respeito pela individualidade e pela autonomia do cliente e do cuidador no processo de tomada de decisão foi assegurado, garantindo que os cuidados prestados fossem direcionados para as suas necessidades específicas.

Tive ainda a oportunidade de participar em questões éticas relacionadas com a temática deste

relatório, referente à perda da via oral na pessoa em situação de fim de vida, tornando a decisão da suspensão da alimentação particularmente desafiante e emocionalmente impactante. Neste contexto, confrontei-me com a angústia e os dilemas emocionais do cliente e da família, mas também dos profissionais de saúde, que enfrentavam a difícil decisão de não poderem alimentar o cliente.

Tornou-se assim necessário, um conhecimento teórico sobre a temática, bem como uma reflexão ética e crítica sobre o papel do enfermeiro especialista, que frequentemente é o mediador das decisões éticas e práticas no cuidado ao fim de vida, sendo o responsável por integrar estratégias baseadas em evidências, promovendo conforto e alinhando as intervenções com os valores e expectativas dos envolvidos. Relembrei o Princípio da Beneficência e da Não-maleficência, pondo-o em prática, explicando à família que certos tratamentos não trazem benefício ao cliente.

Melhoria contínua da qualidade

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista deverá garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº140/2019).

Durante o ENP tive a oportunidade de colaborar com as equipas na organização do plano de cuidados, fomentando o trabalho em equipa, através da partilha e potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão. Respeitei as normas de prevenção e controlo de infeção na prestação de cuidados de saúde, mais especificamente de clientes em isolamento, de acordo com o protocolo da unidade de prevenção e controlo de infeção e de resistências aos antimicrobianos da instituição hospitalar.

Tendo em consideração a temática que escolhi para desenvolver, a perda da via oral na pessoa em situação de fim de vida, promovi uma ação formativa dirigida à UCP, sustentada numa revisão narrativa da literatura (Anexo I). Esta iniciativa teve como principal objetivo fomentar a reflexão e o debate sobre um tema muitas vezes evitado, apesar da sua relevância prática e ética. A ação formativa permitiu criar um espaço de diálogo e partilha de experiências, contribuindo para uma abordagem mais consciente, integrada e centrada na pessoa.

Adicionalmente participei como oradora nas I Jornadas de Enfermagem 'Linha da Vida e Arte do Cuidar – Papel da Enfermagem ao Longo do Ciclo da Vida', realizadas a 27 de março de 2025, na Escola Superior de Saúde de Vila Real (Anexo II), onde foram debatidos assuntos referentes aos cuidados de fim de vida. Considero ter sido uma experiência gratificante, a de abordar temáticas aprendidas nas unidades curriculares do curso de mestrado, que enriquecidas pelas vivências dos estágios profissionais e pela minha experiência como enfermeira num serviço de

internamento de Oncologia, permitiram-me a partilha de conhecimento e sensibilidade nesta área.

Pretendo ainda participar no I Congresso Ibérico de Medicina Paliativa, a realizar-se nos próximos dias 8, 9 e 10 de maio de 2025, com a realização de um poster, tendo já submetido o resumo sobre a temática “Alimentação e Hidratação no Fim de Vida: Desafios e Influências na Tomada de decisão”.

Gestão de Cuidados

Relativamente ao papel do enfermeiro especialista na gestão de cuidados, este assume a responsabilidade de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4748).

Neste domínio, durante o primeiro momento de estágio na UCP, tive a oportunidade de participar em atividades relacionadas com a organização de horários e dos planos de trabalho, atividades de gestão de material de consumo clínico e farmacêutico, gestão de admissões e altas. Foi possível constatar, que a procura por vagas na UCP excedia a oferta disponível, sendo comum a ocupação total das camas disponíveis. No contexto da EIHSCP, este domínio foi desenvolvido através da gestão dos pedidos de referenciação por parte da equipa, com a definição de prioridades de observação e a organização da gestão de altas.

Em ambos os contextos do ENP, participei em reuniões da equipa multidisciplinar, nas quais eram analisados e discutidos os casos clínicos, promovendo a reflexão e a otimização dos processos de tomada de decisão.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deverá "desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, bem como basear a sua prática clínica especializada em evidência científica" (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4749).

Durante o desenvolvimento do ENP a procura do conhecimento foi uma preocupação constante, onde pude estar presente em ações de formação realizadas nos dois contextos do estágio. Na UCP pude assistir a uma palestra sobre “Espiritualidade na Era do Tic Toc” (Anexo III) efetuada pelo assistente espiritual da unidade a 8/10/2024 e a um momento de reflexão dirigido pela Psicóloga da unidade intitulada “Vamos desenhar a morte” (Anexo IV) a 12/12/2024. Na EIHSCP pude presenciar uma ação de formação sobre “Feridas Malignas” (Anexo V) efetuada pelos enfermeiros da equipa de internamento da UCP.

A revisão narrativa da literatura por mim efetuada, no contexto da temática apresentada neste relatório, bem como os casos clínicos desenvolvidos em cada contexto de estágio, contribuíram

igualmente para um enriquecimento profissional.

É importante sublinhar o papel fundamental das minhas tutoras de estágio neste processo de aprendizagem, bem como o contributo das orientações tutoriais e das reuniões intercalares com as professoras orientadoras da ESEP. Esses momentos foram essenciais para aprofundar o conhecimento e favorecer o desenvolvimento das minhas competências.

Importa também mencionar, que os conhecimentos decorrentes da minha própria experiência profissional e das aprendizagens adquiridas ao longo do curso de mestrado, contribuíram para o meu crescimento profissional. A estes acrescento, a minha motivação pessoal e profissional, a dedicação, o empenho e a exigência, essenciais para o êxito nas aprendizagens obtidas.

5.2. Competências específicas do enfermeiro especialista

Procederei à descrição das atividades realizadas no ENP para o desenvolvimento das competências específicas 1 e 2 do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa e as respetivas unidades de competências presentes no Regulamento nº429/2018 (2018).

Competência 1: “Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/ familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida” (Regulamento nº429/2018, 2018, p.19365)

1.1 - Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares

Perante a situação de doença incurável avançada e rapidamente progressiva, o principal objetivo dos cuidados paliativos é a promoção de conforto, bem-estar e a qualidade de vida aos clientes. Os sintomas que os clientes apresentam, nesta fase da doença podem ser múltiplos e combinados, de carácter multidimensional e de causas multifatoriais, influenciando negativamente a sua qualidade de vida (Freire, 2017). Neste cenário, o enfermeiro como elemento de uma equipa multidisciplinar de cuidados paliativos, assume um papel preponderante no alívio dos sintomas, no apoio psicológico, espiritual e emocional ao cliente e no apoio à família.

O primeiro momento do ENP decorrido em contexto de UCP permitiu-me acompanhar os clientes internados, elaborando e/ou dando continuidade ao plano de cuidados para cada situação clínica. O motivo da maioria dos internamentos foi o controlo sintomático e tinha por base, a maioria deles, um diagnóstico oncológico, seguido de insuficiência de órgão em estágio avançado, demências e descanso do cuidador.

Os clientes poderiam provir do serviço de urgência, do hospital de dia, transferidos de outras instituições ou do domicílio, sendo neste caso, referenciados pela equipa comunitária, devido a

um quadro de agudização. No momento da admissão a equipa efetuava uma primeira avaliação das necessidades e elaborado um plano de cuidados individual e integrado para o cliente e cuidador/família.

Pude constatar, que a dor, foi o sintoma prevalente nos clientes internados, tornando-se uma prioridade o alívio deste sintoma, onde as escalas constituíam um método simples para monitorizar os sintomas comumente presentes em clientes em cuidados paliativos. Para a avaliação da dor, pude utilizar nos dois contextos do ENP, a escala de avaliação numérica da dor, a escala qualitativa e a *escala Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD- PT).

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, onde se pretende que a pessoa faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que, 0 corresponde a classificação “sem dor” e a 10 a classificação “dor máxima”. Na Escala Qualitativa solicita-se ao cliente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: “sem dor”, “dor ligeira”, “dor moderada”, “dor intensa” ou “dor máxima”. A Escala PAINAD permite avaliar a dor em idosos não comunicantes numa escala métrica de 0 a 10 pontos, com dor aguda ou persistente (Pina, 2016).

A escala “*Edmont Symptom Assessment Scale Revised*” (ESAS-r) é a escala mais utilizada em CP (Pina, 2016) e reconhecida pelo Observatório Português dos Cuidados Paliativos estando incluída no Diretório de escalas validadas para Portugal, o que reforça a sua relevância e aplicabilidade no contexto nacional. Este instrumento permite a avaliação de nove sintomas físicos e psicológicos (dor, cansaço, náusea, dispneia, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem estar), numa escala de 0 a 10, na qual zero representa a ausência do sintoma e dez representa o sintoma de manifestação mais forte. Esta graduação ainda pode ser estratificada como de intensidade baixa (< 4), moderada (≥ 4 e < 7) e grave (≥ 7) (Pina, 2016). No contexto clínico tive a oportunidade de aplicar esta escala para avaliação da dor, da dispneia e da náusea em clientes em ambos os contextos.

Com o objetivo de avaliar o desempenho funcional dos clientes nos contextos em que desenvolvi o ENP, foram aplicados os instrumentos de avaliação, *Palliative Performance Scale* (PPS) e a *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) Performance Status. A escala PPS desenvolvida por Anderson et al. (1996) e permite estimar a capacidade funcional e prognóstico da pessoa em cuidados paliativos, sendo uma ferramenta amplamente reconhecida pela sua utilidade na tomada de decisão clínica. A escala ECOG foi inicialmente desenvolvida pela *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG), uma organização fundada em 1955 nos Estados Unidos e aprimorada por Oken et al. (1982), com o objetivo de avaliar o impacto na capacidade de realização de atividades da vida diária, sendo frequentemente utilizada em contextos oncológicos e paliativos para descrever a performance global do doente (Oken et al., 1982). A escala ECOG-PS é considerada uma ferramenta útil para avaliar a capacidade funcional dos

pacientes e orientar decisões terapêuticas.

Durante a primeira semana de internamento na UCP, era priorizada a realização de uma conferência familiar, para a qual existia uma sala própria e devidamente preparada. Esta reunião contava, habitualmente, com a presença do cliente (quando a sua condição clínica o permitia), de elementos da família, da médica responsável, da enfermeira de referência, da assistente social e da psicóloga. O principal objetivo da conferência familiar consistia em conhecer o cliente e o seu contexto familiar, avaliar necessidades específicas, aferir o grau de conhecimento da pessoa e da família sobre a situação clínica, bem como fornecer informação atualizada sobre a progressão da doença e o eventual agravamento do estado clínico. Pretendia-se ainda esclarecer dúvidas, acolher expressões de sofrimento e contribuir para a minimização de medos ou angústias manifestadas.

Relativamente ao segundo momento do ENP desenvolvido numa EIHSCP, o percurso do cliente iniciava-se na receção do pedido de referenciação na plataforma informática, constando uma breve história clínica com os motivos da referenciação. O caso clínico era analisado pela equipa através da consulta dos registos clínicos na plataforma informática do processo clínico do cliente e através da informação obtida aquando da deslocação da equipa ao internamento, com a equipa médica assistente e equipa de enfermagem, do serviço onde se encontrava internado. Nesta fase, era efetuada a colheita de dados, através de uma entrevista informal, realizada ao cliente e se possível ao cuidador/família, por forma a conhecer a sua história clínica e quais os sintomas agudizados e não controlados. Posteriormente a EIHSCP comunicava o que considerava ser a melhor estratégia para aquele cliente e toda a informação clínica era registada no seu processo clínico. Os serviços que mais referenciavam clientes para a EIHSCP eram a Medicina, seguido de Pneumologia e Hematologia/Oncologia.

Em cada contexto de estágio foi selecionado um caso clínico de uma pessoa em situação de fim de vida, com necessidade de suspensão do regime alimentar, o que me permitiu identificar e compreender as necessidades decorrentes da perda da via oral. Esta experiência possibilitou a elaboração de um plano de cuidados individualizado, abrangendo as fases de conceção, implementação e avaliação da intervenção de enfermagem, centrada na pessoa em situação paliativa. A prática reflexiva desenvolvida em torno de cada caso, em articulação com as professoras da ESEP, a enfermeira tutora e da equipa multidisciplinar, foi fundamental para o meu desenvolvimento profissional, contribuindo significativamente para o aprofundamento de competências clínicas e para a melhoria da prática de cuidados paliativos.

Posso desta forma concluir, que as situações clínicas de descontrolo sintomático observadas nos clientes nos dois contextos de estágio, permitiram-me o desenvolvimento de competências na identificação de sinais e sintomas em diferentes dimensões da pessoa. No âmbito físico, identifiquei sintomas como dor, dispneia, astenia, anorexia, caquexia, náuseas, vômitos, obstipação e disfagia. Na dimensão psicológica, destacam-se sentimentos de tristeza,

ansiedade, angústia, depressão, insónia, inquietação, delirium, luto preparatório e luto antecipatório. No aspeto social, a perda do papel desempenhado, no meio social e no contexto profissional. Já na esfera espiritual pude observar a presença de perda de esperança e sofrimento existencial. Assim e objetivando-se o conforto da pessoa em situação paliativa, o reconhecimento destes sintomas, permitiram-me a identificação de necessidades no contexto físico, psicológico, social e espiritual.

Relativamente às necessidades dos familiares cuidadores, destacam-se as de apoio emocional, para lidar com a angústias associadas à perda iminente do seu familiar, de não conseguir satisfazer e respeitar o desejo e a vontade do familiar em regressar a casa e, a ansiedade e tristeza associadas à situação de doença do seu familiar; da gestão das expectativas irrealistas e desajustadas relativamente ao diagnóstico e prognóstico da situação clínica do seu familiar e a exaustão do cuidador, a alteração de papéis no seio da família e a necessidade de gestão de conflitos familiares e de reconciliação.

1.2 - Promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências

Ao longo do ENP, elaborei e atualizei o plano de cuidado individualizado em colaboração com a equipa multidisciplinar para o cliente e familiares cuidadores, tendo em conta as necessidades e preferências dos mesmos, preservando a sua dignidade, respeitando a sua cultura, crenças e religião, minimizando o sofrimento, maximizando a autonomia, o conforto e a qualidade de vida.

Importa referir que os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares do curso de mestrado, o trabalho individual de pesquisa com elaboração dos casos clínicos desenvolvidos em cada contexto de estágio, a revisão narrativa da literatura sobre a temática do meu relatório, bem como a observação do *modus operandi* das equipas, permitiu-me a solidificação dos conhecimentos nesta área contribuindo para um desenvolvimento pessoal e profissional.

Em ambos os contextos, tive a oportunidade de implementar (no caso da UCP) e de aconselhar (no caso da EIHS CP), medidas farmacológicas e não farmacológicas objetivando o alívio dos sintomas do cliente. Entre as estratégias não farmacológicas, destacam-se: a nebulização com água na cavidade oral para o alívio da xerostomia; o uso de ventoinha e a abertura de janelas para minimizar a dispneia, a adoção de posicionamento antiálgico e a aplicação de calor para o controlo da dor.

1.3 - Envolve os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal para otimizar resultados na satisfação das necessidades

A conferência familiar é descrita como uma importante forma estruturada de intervenção na

família (Fernandes, 2016) é referida como a melhor prática para alcançar cuidados centrados no cliente e na família em cuidados paliativos, pois permite reduzir o sofrimento do cuidador, mitigar as necessidades não atendidas, preparar os membros da família para o cuidado e melhorar resultados de luto (Glajchen et al., 2022).

No decorrer do ENP, participei em várias conferências familiares, onde pude constatar no apoio prestado aos clientes e família, com vista a identificar e avaliar as necessidades da pessoa em situação paliativa e da família, ouvir as emoções, medos, esclarecer dúvidas e discutir os objetivos de cuidados.

Vivenciei inquietações da família, relacionadas com a perda da via oral do seu familiar, nomeadamente, na dificuldade de aceitação da perda da via oral da sua familiar que se encontrava em situação de últimos dias/ horas de vida, já sem capacidade de deglutição. Assim, para uma melhor compreensão da situação, foi minha preocupação juntamente com a minha tutora, criar um ambiente propício à comunicação, onde através do estabelecimento de uma relação terapêutica e de uma escuta ativa, foi possível transmitir à família, a informação de que a perda da via oral era expectável numa fase de doença avançada. Reflito neste momento importante e neste apoio prestado, por forma a minimizar o sofrimento, facultando igualmente a oportunidade de exteriorização dos seus sentimentos e inquietudes.

1.4 - Desenvolve a sua intervenção numa perspectiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio

No decurso do estágio em contexto de internamento, assisti e participei em reuniões multidisciplinares de carácter semanal, que integravam médicos, enfermeiros, psicóloga, assistente social e auxiliares de ação médica. Estas reuniões permitiam uma abordagem centrada na pessoa, através da partilha de informação relativa aos cuidados prestados, identificação de necessidades clínicas, de enfermagem, psicológicas, sociais e espirituais, bem como a definição colaborativa de estratégias de intervenção.

Com o intuito de garantir a continuidade de cuidados, participei no processo de referenciação de clientes para a RNCCI e para o domicílio, articulando com a ECSCP. Esta articulação promoveu um planeamento mais adequado à situação clínica e ao contexto familiar dos clientes, favorecendo a transição segura entre níveis de cuidados.

No contexto da EIHSCP uma reunião informal era realizada no início do dia, entre a médica e a enfermeira, com o objetivo de debater os planos de intervenção e a evolução das situações clínicas de maior complexidade e organizar a distribuição dos doentes prioritários a serem observados. Eram também realizadas reuniões mensais entre a EIHSCP e as duas equipas comunitárias, no sentido de uma interdisciplinaridade e continuidade de cuidados dos clientes, onde eram discutidos casos clínicos, partilhadas experiências, efetuadas reflexões e tomada de decisões, obtendo benefícios para todos os envolvidos.

Competência 2: “Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (Regulamento nº429/2018, 2018, p.19365)

2.1 - Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto

Os cuidados paliativos visam cuidar da pessoa com doença que não responde ao tratamento curativo e consideram a morte e o processo de morrer como fenómenos inerentes à vida humana (Ramos et al., 2023). Contudo, a ideia da morte é muitas vezes esquecida, mas, quando confrontados com a nossa finitude, a de um familiar ou de um amigo, existe uma desestruturação de identidade, acompanhada de muito sofrimento (Sousa et al., 2022).

Nos dois contextos de estágio, constatei a presença de um luto antecipatório nos familiares, que, ao assumirem o papel de enlutados, começavam a elaborar mudanças emocionais associadas à morte previsível do seu familiar (Barbosa, 2016). Trata-se de um processo complexo, envolvendo diferentes processos de adaptação /superação e reorganização perante a percepção da morte inevitável do familiar, bem como o lembrar de perdas passadas, presentes e futuras, próprias e de outros (Barbosa, 2016).

Também identifiquei a presença do luto preparatório, um processo vivenciado pela pessoa perante as diversas perdas irreversíveis que ocorreram a curto e a médio prazo. Destacam-se as mudanças de papéis no ambiente familiar e social, da rotina e hábitos vividos até então, o declínio da funcionalidade corporal e cognitiva, e, ainda, a mudança da sua identidade (Pimenta & Capelas, 2019; Rocha et al., 2023).

Nos casos clínicos desenvolvidos nos dois contextos de estágio relacionados com a temática do presente relatório, relativos à perda da via oral na pessoa em situação de fim de vida, foi notório o sofrimento dos familiares perante as essas perdas verificadas, com consequências emocionais e psíquicas de luto.

Comunicar com a família e envolvendo-a no processo de cuidar foi essencial, pois permitiu-me minimizar o seu sofrimento, onde pude clarificar os objetivos dos cuidados e procedimentos e realçar que a perda progressiva da capacidade de alimentação e as dificuldades na deglutição fazem parte de um processo natural de fim de vida. O apoio que pude proporcionar à família neste período, permitiu que os cuidadores se sentissem seguros no cuidado, e simultaneamente ajudou-os a enfrentar os seus medos, permitindo que a realização de um luto normativo fosse um objetivo alcançado.

Na EIHSCP, foi possível apoiar a família no luto onde um contacto telefónico era realizado seis semanas após a morte do familiar. Esta chamada tinha como objetivo, após o diálogo com o familiar, avaliar se o processo de luto normativo se encontrava a evoluir de forma adequada.

2.2 - Promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares.

É importante realçar o papel decisivo que os cuidadores familiares assumem no apoio emocional e no alívio dos sintomas dos clientes, bem como na prestação de cuidados e na comunicação com a equipa paliativa, ao transmitirem informações sobre o seu familiar, contribuindo assim para uma melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Este papel desempenhado é destacado no PEDCP (2023-2024), que o considera como “indispensável, insubstituível e complementar aos cuidados prestados pelas equipas de cuidados paliativos” (CNCP, 2023-2024, p.6).

Desta forma nos dois contextos do ENP, procurei estabelecer com a família um relacionamento de ajuda, honestidade e confiança, por forma a capacitá-los e a envolvê-los no cuidar. De realçar, que a relação terapêutica que se estabelece com os familiares é a base da atuação do enfermeiro pertencente a uma equipa de cuidados paliativos, na medida em que os ajuda na consciencialização da finitude, permitindo uma verbalização e uma expressão de sentimentos e emoções, diminuindo o medo, a preocupação, a ansiedade, a sensação de impotência e a angústia (Foucault & Mongeau, 2012).

Durante este período, pude verificar no apoio que as equipas prestaram aos cuidadores familiares, que considero essencial para a valorização e dedicação dos mesmos, onde recomendações sobre como gerir o cuidado relativos à alimentação, hidratação, posicionamentos, transferências, eliminação urinária e intestinal, higiene e administração de terapêutica, eram abordadas.

O caso clínico que desenvolvi no contexto da EIHSCP, envolveu uma cliente com uma doença neurodegenerativa progressiva na qual foi identificada a exaustão do cuidador familiar, resultante da sobrecarga física, o que tornou necessário o internamento da cliente para permitir o seu descanso. Por outro lado, a ausência de apoios e a falta de ajudas técnicas agravaram ainda mais a condição do cuidador, intensificando a exaustão física e emocional. Assim, a elaboração de um plano de cuidados para esta familiar cuidadora, identificando as suas necessidades, onde medidas como o aconselhamento, a gestão do stress, a aceitação de apoio de pessoas mais próximas, a saída do domicílio para pequenas atividades prazerosas e a implementação de técnicas de relaxamento promotoras do bem-estar, teriam como objetivo reduzir a ansiedade e melhorar o humor depressivo. Por outro lado, o período de internamento da cliente no serviço de Medicina Paliativa, permitiu o descanso do cuidador e o apoio através da obtenção de ajudas técnicas (cadeira higiénica, cama articulada, obras adaptadas na casa de banho) com a colaboração da assistente social da instituição. Tais apoios permitiram um alívio na sobrecarga física e emocional nesta familiar cuidadora.

2.3 - Negoceia objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordados dentro do ambiente terapêutico

Ao longo dos contextos do ENP e tendo como objetivo negociar metas e objetivos de cuidados, foi importante a existência de conversas honestas e sensíveis com o cliente e cuidadores familiares, ajudando-os na gestão de preocupações, desejos e expectativas realistas.

Contudo, conversar sobre o fim da vida não é fácil para os envolvidos, tornando essencial o recurso a estratégias de comunicação exigindo competências avançadas de comunicação e a capacidade de estabelecer uma relação empática e humanizada. Neste contexto, tornou-se essencial recorrer a estratégias de comunicação orientadas para a escuta ativa e centradas na pessoa e na família. A minha intervenção foi sustentada na aplicação de ferramentas e modelos específicos de comunicação em cuidados paliativos, entre os quais se destaca o protocolo SPIKES, um modelo estruturado composto por seis etapas- *Setting* (preparar o contexto), *Perception* (perceber o que o doente sabe), *Invitation* (obter permissão para partilhar a informação), *Knowledge* (transmitir a informação), *Emotions with Empathy* (reconhecer e validar emoções) e *Strategy and Summary* (definir estratégias e resumir). A comunicação não verbal, o esclarecimento de dúvidas, a demonstração de presença e a disponibilidade revelam-se igualmente fundamentais neste processo.

Importa igualmente referir o papel fundamental que a esperança assume na forma como estas pessoas vivenciam o período de fim da vida, quando a cura de uma doença não é mais possível, sendo esta considerada uma fonte espiritual de força, ou uma meta de cuidado para clientes que enfrentam uma doença que limita a vida (Egan et al., 2015).

Twycross (2003) menciona que a esperança na recuperação é substituída por “esperanças alternativas”, tais como, evitar o sofrimento através do controlo sintomático, a garantia de uma morte sem sofrimento, o desejo de conforto e qualidade de vida e a vontade de aproveitar o tempo restante.

Relativamente à esperança, gostaria de destacar uma experiência marcante no estágio desenvolvido na EIHS CP, onde tive a oportunidade de ajudar um cliente na construção de um legado. Tratava-se de um senhor sem via oral, em situação de vida de vida, consciente da sua finitude e em sofrimento existencial, e que, ironicamente, era dono de um restaurante. A proposta da elaboração de um livro de receitas surgiu como forma de perpetuar a sua memória junto dos familiares, tendo-se mostrado recetivo a essa ideia. Em cuidados de saúde, o legado é entendido e utilizado como meio de fortalecer os vínculos humanos, manter ligações com aqueles que já faleceram e garantir que estes sejam lembrados independentemente da duração ou das circunstâncias da sua vida (Boles et al., 2021).

É igualmente fundamental reconhecer o papel que a espiritualidade assume na vida destas pessoas, sendo esta, considerada a maneira como os indivíduos encontram significado,

conexão, transcendência e um senso do sagrado. Se por um lado, a presença de uma doença avançada, progressiva e incurável pode causar sofrimento espiritual, desafios à fé, perda de senso de propósito ou significado, desmoralização e desesperança, por outro, a promoção de bem estar espiritual, a alegria e a conexão podem reforçar a resiliência e ajudar a aliviar o sofrimento, apesar da impossibilidade de progressão da doença (Kluger et al., 2023).

Neste contexto, identifiquei as vontades e desejos da pessoa e cuidadores familiares relativamente à solicitação de apoio do capelão da instituição, para que através das crenças pessoais encontrassem a paz espiritual. Ainda, perante a necessidade da pessoa doente de resolver situações pendentes da sua vida, pude juntamente com a equipa proporcionar momentos de reconciliação, despedidas de familiares e filhos que vivem num outro país e reencontros com os netos. Nessa perspectiva, destaco também os momentos significativos que pudemos proporcionar aos clientes e seus familiares, como a celebração de aniversários.

2.4 - Reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz.

Pessoas que vivem com uma doença incurável, avançada e progressiva, sem resposta ao tratamento curativo, enfrentam um processo em que a morte e o ato de morrer são compreendidos como partes naturais da existência humana (Ramos et al., 2023).

Os desafios emocionais e psicológicos que os elementos pertencentes às equipas de cuidados paliativos enfrentam, ao lidarem com clientes em situação de fim de vida, não são fáceis, onde é necessário o equilíbrio de proporcionar conforto e dignidade com a dor da despedida e a impotência diante da inevitabilidade da morte. Neste sentido, os contextos de estágio constituíram para mim momentos gratificantes, onde promovi o meu autoconhecimento e o meu empoderamento e bem-estar, recorrendo ao diálogo com outros membros da equipa, sobre as situações vivenciadas no internamento, aproveitando os momentos de pausa e convívio informal como momento de distração.

Com o objetivo de ajudar os membros da equipa da UCP a lidarem com emoções reprimidas, a psicóloga da instituição promoveu um momento de partilha intitulado “Vamos desenhar a Morte”. Este encontro reflexivo, permitiu que cada participante expressasse livremente as suas preocupações, anseios e desejos relacionados com a morte. Foi uma experiência única e valiosa, onde, sem tabus, todos puderam falar abertamente sobre as suas emoções e vivências referente a esta temática.

Também o familiar cuidador, perante a sobrecarga de trabalho tende a negligenciar as suas próprias necessidades, ao dedicar-se ao bem-estar do seu ente querido, potenciando o sofrimento e a perda de qualidade de vida. Relembro no primeiro contexto de estágio, o caso clínico por mim desenvolvido, que abordava uma cliente com demência em estágio avançado,

totalmente dependente no autocuidado e acamada há vários anos, encontrando-se na companhia da filha cuidadora, 24 horas por dia. Foi nesse momento que pude reconhecer o impacto da dedicação plena desta filha, que, apesar do esforço envolvido, considerava gratificante o seu papel de acompanhamento da mãe nos últimos dias e horas de vida.

No segundo momento de ENP, identifiquei uma situação de exaustão da cuidadora, que tratava da sua mãe com uma doença neurodegenerativa há vários anos, havendo necessidade de internar a cliente para descanso do cuidador. A minha atuação passou pela elaboração de um plano de cuidados que objetivasse o bem-estar e o acolhimento do familiar cuidador, não apenas como um aliado no cuidado, mas como um elemento a ser cuidado.

Reconheço que cuidar de quem enfrenta o fim da vida, requer dedicação e um profundo compromisso com o bem-estar do outro, seja por parte dos profissionais de saúde ou dos familiares cuidadores. Esse cuidado requer empatia, resiliência e a adoção de estratégias de *coping*, fundamentais no processo de cuidar.

OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS

No âmbito da temática abordada “A perda da via oral na pessoa em situação de fim de vida” e objetivando a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa alusivas à temática, foi efetuada uma revisão narrativa da literatura, proporcionando o suporte teórico necessário para o desenvolvimento do trabalho.

ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO NO FIM DE VIDA: DESAFIOS E INFLUÊNCIAS NA TOMADA DE DECISÃO- REVISÃO NARRATIVA

RESUMO

Contexto: A alimentação possui um caráter simbólico profundamente enraizado na experiência humana, influenciando de forma significativa, as discussões em torno da perda da capacidade para alimentar-se por via oral, nas pessoas em situação de fim de vida. Nessas circunstâncias, a tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde é frequentemente complexa. Esta realidade reflete a necessidade de uma maior formação e consciencialização sobre o tema, de forma a assegurar decisões informadas e eticamente fundamentadas.

Objetivos: Explorar percepções e desafios enfrentados por profissionais de saúde e famílias das pessoas em situação de fim de vida acerca do processo de tomada de decisão de gestão da alimentação e hidratação, analisando as evidências disponíveis nas dimensões clínicas, éticas, psicológicas, culturais e espirituais.

Metodologia: Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, seguindo as orientações do *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi conduzida na base de dados CINAHL Complete, utilizando os CINAHL Headings: “*Palliative Care*”, “*End of Life*”, “*Eating*” e “*Oral Feeding*”. Foram incluídos

artigos publicados nos últimos cinco anos, revisados por pares, que abordassem as dimensões clínicas, éticas, emocionais, culturais e espirituais da gestão da alimentação e hidratação no fim de vida.

Resultados: Foram identificados 351 artigos, dos quais seis cumpriram os critérios de inclusão. As principais categorias de análise incluíram: alterações alimentares e de hidratação em fim de vida; controvérsia na alimentação artificial; percepções sobre a interrupção da alimentação, impacto emocional nos profissionais de saúde e influência cultural e espiritual na decisão de manutenção ou suspensão da alimentação.

Conclusões: A decisão sobre a alimentação no fim de vida, deve priorizar o conforto e a dignidade da pessoa, baseando-se em princípios éticos e numa abordagem centrada nos valores da pessoa e da sua família. Protocolos baseados em evidências são essenciais para orientar os profissionais de saúde, reduzindo dilemas éticos e promovendo uma morte digna.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Fim de vida; Alimentação; Família; Profissionais de Saúde

INTRODUÇÃO

A alimentação desempenha um papel simbólico e profundamente enraizado na experiência humana, frequentemente associada a memórias afetivas e momentos de convívio social ao longo da vida (Camargo et al., 2023). Este significado torna-se ainda mais relevante no contexto dos cuidados paliativos, onde a progressão da doença, especialmente em pessoas em situação de fim de vida, conduz a alterações significativas nos padrões alimentares. Tais alterações resultam, em grande parte, de fatores fisiopatológicos como, anorexia, disfagia e mucosite, entre outros, que dificultam a ingestão alimentar, comprometem a qualidade de vida da pessoa e geram angústia nos familiares (Alves et al., 2021; Hilário & Augusto, 2020; Amorim & Silva, 2021; Santos et al., 2024).

No âmbito dos cuidados paliativos, a via oral é amplamente considerada a forma preferencial de alimentação das pessoas com doença avançada e progressiva, devido ao seu papel central no conforto e na dignidade humana (Huppes et al., 2023). No entanto, e como já enunciado, a alimentação transcende a simples função nutricional, assumindo significados culturais e emocionais profundos. Para muitas famílias, a suspensão da alimentação oral representa um marco simbólico de declínio e proximidade da morte, sendo frequentemente difícil de aceitar (Huppes et al., 2023).

Por outro lado, a utilização de nutrição e hidratação artificial, nas pessoas em fim de vida, mantém-se como temática de intenso debate. Apesar de, em alguns casos, essas intervenções serem indicadas, o seu impacto emocional, cultural e ético é motivo de preocupação. Para os profissionais de saúde, a decisão de manter ou suspender a alimentação artificial apresenta-se como um dilema ético, gerando frequentemente stress moral (Bottoni & Zaher-Rutherford, et al., 2019). Simultaneamente, os familiares enfrentam desafios emocionais, interpretando a

alimentação como uma expressão de cuidado e conexão com a vida, o que dificulta a aceitação da sua interrupção (Alves et al., 2021; Anantapong et al., 2022).

Neste contexto, o papel dos profissionais de saúde e nomeadamente dos Enfermeiros é crucial. A comunicação clara e sensível, associada ao planeamento conjunto, emerge como uma estratégia essencial para promover uma harmonia de expectativas entre pessoas em fim de vida, famílias e equipas de saúde. Discussões bem conduzidas podem minimizar angústias, proporcionando maior compreensão sobre a inevitabilidade do compromisso no alimentar da pessoa que vivencia uma situação de fim de vida. Contudo, abordar esta temática é, também, desafiante para os profissionais de saúde, que frequentemente enfrentam lacunas na sua formação e experienciam stress emocional ao conduzir conversas relacionadas com o fim de vida (Alves et al., 2021).

Além disso, a decisão de manter ou interromper a alimentação e hidratação artificial suscita dilemas éticos complexos e nem sempre consensuais. A eficácia destas intervenções na melhoria da qualidade de vida em fases avançadas da doença é questionável. O respeito pelas crenças culturais e religiosas das pessoas em situação de fim de vida e suas famílias é um elemento facilitador no processo de tomada de decisão, permitindo alinhar práticas clínicas às expectativas dos envolvidos e promovendo abordagens mais sensíveis e personalizadas (Anantapong et al., 2022; Hupples et al., 2023).

A análise das evidências disponíveis sobre o desafio da tomada de decisão relativa à alimentação e hidratação no fim de vida revela que esta abrange dimensões clínicas, éticas, psicológicas, culturais e espirituais. Estas evidências destacam a importância de práticas centradas na pessoa em fim de vida e orientadas pelos princípios fundamentais da bioética:

- Beneficência: Garantir conforto e qualidade de vida.
- Não- Maleficência: Evitar intervenções sem benefício claro.
- Autonomia: Respeitar as preferências e valores do doente.
- Justiça: Promover a utilização equitativa e apropriada dos recursos disponíveis (Pinho-Reis, 2019).

Face a este cenário, esta revisão narrativa tem como objetivo explorar as perceções e os desafios enfrentados por profissionais de saúde e famílias da pessoa em situação de fim de vida acerca do processo de tomada de decisão na gestão da alimentação e hidratação.

METODOLOGIA

Neste estudo foi realizada uma revisão narrativa da literatura, em conformidade com as orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI) para revisões narrativas, com o propósito de integrar e sintetizar as evidências disponíveis, oferecendo uma compreensão abrangente e contextualizada sobre o fenómeno em análise.

Tendo em conta o objetivo proposto: pesquisar as percepções e os desafios enfrentados por profissionais de saúde e famílias durante o processo de tomada de decisão na gestão da alimentação e hidratação da pessoa em fim de vida, analisando as evidências disponíveis em relação às dimensões clínicas, éticas, emocionais, culturais e espirituais, foram delineadas as seguintes questões norteadoras:

-Quais são as percepções e os desafios relatados por profissionais de saúde e famílias das pessoas em situação de fim de vida, sobre o processo de tomada de decisão na gestão da alimentação e hidratação no fim de vida?

-De que forma as dimensões clínicas, éticas, emocionais, culturais e espirituais influenciam as decisões relacionadas com a manutenção ou suspensão da alimentação e hidratação no fim de vida?

Estratégia de Pesquisa

A revisão narrativa foi estruturada com base nas seguintes etapas: identificação da literatura relevante, triagem, análise e síntese dos resultados.

Bases de Dados: a pesquisa foi conduzida na base de dados CINAHL Complete, reconhecida pela abrangência em cuidados de saúde e cuidados paliativos.

CINAHL Headings: *"Palliative Care"*, *"End of Life"*, *"End-of-Life"*, *"Eating"* e *"Oral Feeding"*.

Estratégia de Busca: a associação dos CINAHL Headings foi estruturada com operadores booleanos (AND/OR) para aumentar a sensibilidade da busca. Aplicaram-se filtros para restringir os resultados dos estudos publicados nos últimos cinco anos e artigos revisados por pares.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de seleção foram definidos de forma a assegurar a relevância e a qualidade das evidências incluídas.

Critérios de Inclusão:

Estudos que abordassem a gestão da alimentação e hidratação em fim de vida no contexto de cuidados paliativos; estudos que explorassem as percepções e desafios enfrentados por profissionais de saúde e famílias; estudos que analisassem as dimensões clínicas, éticas, emocionais, culturais e espirituais no processo de tomada de decisão e estudos publicados em revistas académicas e revisados por pares.

Critérios de Exclusão:

Estudos que focassem exclusivamente profissionais de saúde que não médicos e/ou enfermeiros; estudos fora do contexto de fim de vida ou dos cuidados paliativos, estudos que não incluíssem análise das dimensões mencionadas.

Seleção e Extração de Dados

O processo de seleção dos estudos foi realizado em duas etapas: i) triagem inicial: leitura dos títulos e resumos para identificar estudos relevantes; ii) análise integral: leitura completa dos artigos para confirmar o cumprimento dos critérios de inclusão.

Os dados foram extraídos de forma sistemática utilizando um instrumento padronizado, que inclui: identificação do artigo (autores, ano, local de publicação); contexto e população (pessoa em fim de vida, familiares, profissionais de saúde); dimensões analisadas (clínicas, éticas, emocionais, culturais, espirituais); principais achados relacionados com as perguntas de pesquisa.

Foi identificado um total de seis artigos, que melhor responderam às questões norteadoras e ao objetivo do estudo. A pesquisa realizada seguiu o modelo PRISMA- Diagrama de Fluxo (*Joanna Briggs Institute- JBI*) que se encontra exposto (Figura 1).

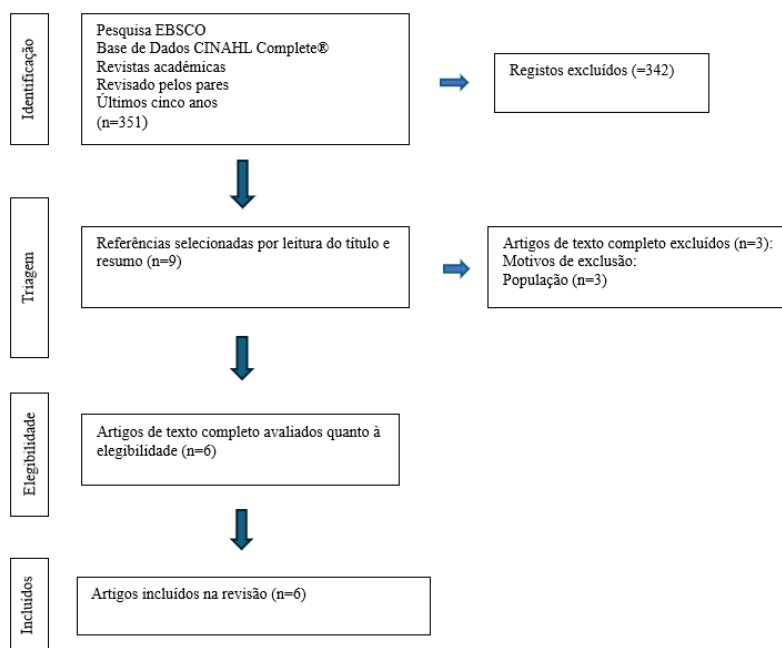


Figura 1- Processo de identificação e inclusão de documentos segundo o modelo PRISMA- Diagrama de Fluxo (JBI)

Análise e Síntese dos Resultados

Os resultados desta revisão narrativa foram organizados com base na análise dos artigos selecionados, que exploram diferentes aspetos relacionados com a gestão da alimentação e hidratação da pessoa no fim de vida. As informações extraídas permitem compreender as perceções e desafios enfrentados por profissionais de saúde e famílias, bem como as dimensões que influenciam o processo de tomada de decisão. Para facilitar apresentação dos dados, foram

criadas categorias de análise e organizadas em três tabelas: a Tabela 1, que caracteriza os estudos incluídos; a Tabela 2, que aborda as principais categorias temáticas relacionadas à ingestão de alimentos e líquidos, alimentação artificial e interrupção alimentar; e a Tabela 3, que descreve as dimensões éticas, culturais, espirituais e outras envolvidas no contexto analisado. Os estudos selecionados foram publicados entre 2019 e 2024, abordando questões relacionadas à alimentação e hidratação no fim de vida em diferentes contextos, como cuidados paliativos, demência avançada e oncologia. A maioria utilizou abordagens qualitativas, quantitativas ou mistas, explorando as percepções de profissionais de saúde, familiares e pessoas em fim de vida. Os contextos hospitalares e domiciliários foram amplamente representados, refletindo a diversidade de cenários onde as decisões sobre alimentação e hidratação são tomadas. Esses estudos oferecem uma base sólida para compreender as influências clínicas, éticas e emocionais que moldam as práticas e decisões em cuidados paliativos.

Considerações Éticas

Embora este estudo não envolvesse participantes humanos, foram analisados apenas artigos que cumpriram os padrões éticos de publicação científica, garantindo integridade e confiabilidade dos resultados.

Tabela 1- Caracterização dos Estudos

Autor	País	Ano	Tipo de Estudo	Participantes	Objetivo
A1 Huppes et al	Brasil	2023	Scoping Review metodológicas do Instituto Joanna Briggs e a Check-list PRISMA- ScR	Inclui, referências a estudos observacionais e experimentais que analisam clientes adultos e idosos em fim de vida, com destaque para patologias como demência avançada e cancro em fase terminal.	Mapear a produção de conhecimento sobre os critérios de manutenção ou suspensão da alimentação na pessoa na fase final de vida.
A2 Alves et al.	Portugal	2021	Revisão crítica da literatura	As referências utilizadas abordam diferentes contextos e intervenientes nos cuidados paliativos, incluindo a perceção de clientes, familiares e profissionais de saúde.	Explorar e analisar criticamente o fenómeno das alterações alimentares no fim de vida, focando-se nas questões éticas e práticas associadas à alimentação e hidratação, artificial.
A3 Anantapong et al.	Reino Unido	2022	Pesquisa qualitativa com base em entrevistas semiestruturadas	12 familiares cuidadores e 17 profissionais de saúde hospitalares, com idades entre 28 e 78 anos. Os familiares cuidadores incluíam filhos, cônjuges e amigos que desempenham o papel de cuidadores principais. Entre os profissionais de saúde, encontravam-se enfermeiros, terapeutas da fala e da linguagem, dietistas e médicos com experiência em cuidados na demência em ambiente hospitalar.	Compreender as experiências e desafios enfrentados pelos familiares cuidadores e profissionais de saúde na comunicação sobre a alimentação e hidratação de clientes com demência severa hospitalizados.
A4 AsKren & Kershnerb.	Estados Unidos da América (EUA)	2020	Revisão narrativa	São discutidas as experiências de pessoas com disfagia em fase terminal e as percepções de profissionais de saúde, incluindo terapeutas da fala e familiares cuidadores.	Explorar como as práticas de alimentação e hidratação em fim de vida afetam a qualidade da morte, destacando o papel do terapeuta da fala em equilibrar o conforto com os valores dos clientes e familiares. Também visa promover uma abordagem que priorize o conforto e o respeito pela autonomia dos clientes.
A5 Barrado Martín et al.	Reino Unido	2021	Estudo Qualitativo	Realizadas 41 entrevistas semiestruturadas com familiares cuidadores (n=21) e profissionais de saúde (n=20)	Explorar as experiências e estratégias dos familiares cuidadores e dos profissionais no suporte às necessidades de nutrição e hidratação de pessoas com demência avançada e no fim de vida, com foco nos seguintes aspetos: identificar necessidades nutricionais e de hidratação; desenvolver estratégias de adaptação aos desafios inerentes a necessidade de alimentação e hidratação.
A6 Hilário & Augusto	Portugal	2020	Estudo Etnográfico	Observação participante e entrevistas a 10 clientes com doenças terminais, 20 familiares cuidadores e 20 profissionais de saúde	Saber como a pessoa com doença terminal e a sua família superam o impacto perturbador na incapacidade de comer e como esta perda é vivenciada pelas famílias em contexto paliativo.

Tabela 2- Perceções e desafios dos profissionais de saúde e da família da pessoa em situação paliativa acerca do processo de tomada de decisão na gestão de alimentos e de líquidos

Autor	Ingestão de alimentos e de líquidos da pessoa em fim de vida	Alimentação e hidratação artificial (AHA) da pessoa em fim de vida	Interrupção da alimentação e da hidratação da pessoa em fim de vida
A1 Huppes et al.,	A pessoa em fim de vida apresenta frequentemente dificuldades na ingestão do alimento, por perda de apetite e problemas de deglutição.	A AHA é controversa em casos de prognósticos limitados, pois não parece oferecer benefícios de sobrevivência e podendo até aumentar o desconforto. Sobreretudo em clientes com demência avançada ou cancro terminal.	Profissionais de saúde e famílias enfrentam dilemas éticos, emocionais e sentimentos de culpa, ao decidir pela suspensão da alimentação e da hidratação em pessoas em fim de vida. O ato de alimentar é tradicionalmente associado a cuidado e a vida. Um número reduzido de profissionais e famílias considerou a suspensão da alimentação como forma de aliviar o desconforto da pessoa em fim de vida.
A2 Alves et al.,	A pessoa em fim de vida, enfrenta frequentemente perda de apetite, disfagia e outros sintomas que limitam a ingestão alimentar. Tornando o momento das refeições e ingestão alimentar uma angústia para a pessoa e família.	A AHA no fim de vida é alvo de debate, pois alguns estudos indicam que estas intervenções podem não melhorar a qualidade de vida e, em certos casos, aumentam o desconforto da pessoa em fim de vida.	Profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, enfrentam dilemas éticos sobre a suspensão da alimentação e hidratação, influenciados por fatores culturais e emocionais. A família muitas vezes associa a alimentação ao cuidado, ao amor e à vida, facto que dificulta de decisão relacionada com a suspensão desta necessidade fisiológica.
A3 Anantapong et al.	Pessoas com demência avançada apresentam frequentemente dificuldades para se alimentarem, exacerbadas no ambiente hospitalar, facto que não combina com a falta de personalização dos cuidados e a sobrecarga de tarefas dos profissionais de saúde.	A AHA não é uma prática comum para pessoas com demência severa, sendo geralmente evitada devido à falta de benefícios claros e ao impacto negativo a nível emocional e ético para familiares e profissionais de saúde.	As famílias esperam que os profissionais de saúde tomem a iniciativa de abordar a necessidade de suspender a alimentação, tema delicado e emocionalmente desafiante. No entanto, atrasos no início dessas conversas e a necessidade frequente de repetir informações podem gerar sentimentos de frustração, aumentar a ansiedade e, em alguns casos, criar um clima de desconfiança em relação ao processo de cuidado e à comunicação com a equipa de saúde."
A4 Askren & Kershnerb	A pessoa em fim de vida experiência perda de apetite e dificuldade para deglutir, sendo comum que o interesse em comer e beber diminua naturalmente à medida que a morte se aproxima.	A AHA é apresentada como uma prática controversa, podendo interferir com o processo natural de morrer. A revisão discute que medidas como AHA podem não trazer benefícios significativos e até piorar o conforto da pessoa em fim de vida.	O estudo indica que a alimentação em fim de vida é um ponto particularmente sensível para as famílias, que associam a falta de ingestão alimentar como sinal de sofrimento. A comunicação adequada e o fornecimento de informações claras e empáticas tornam-se estratégias essenciais para facilitar a compreensão da família acerca do processo natural de morte, reduzindo mal-entendidos e promovendo um maior conforto emocional.
A5 Barrado Martin et al.,	As pessoas com demência em fase avançada frequentemente apresentam compromisso da deglutição, perda de apetite e redução na ingestão de alimentos e líquidos. Tendo como consequência desnutrição, desidratação e pneumonias de aspiração.	A AHA, não é indicada no fim de vida de pessoas com demência. A decisão deve priorizar o conforto e não a alimentação de forma artificial. Os Profissionais destacam que a AHA não resolve o declínio cognitivo e a perda de interesse em se alimentar associada à demência avançada. Os cuidadores veem frequentemente a AHA como uma "última tentativa", mas reconhecem seus limites ao longo do tempo, especialmente quando esta causa mais desconforto do que benefícios.	Os familiares cuidadores frequentemente enfrentam sentimentos de culpa e desafios emocionais ao lidarem com a interrupção da alimentação artificial. Em contrapartida, os profissionais de saúde procuram enfatizar a normalidade do processo de morrer, sublinhando a relevância das estratégias paliativas para garantir o alívio do sofrimento e preservar a dignidade da pessoa em fim de vida.
A6 Hilário & Augusto	A dificuldade de ingestão de alimentos e líquidos em pessoas em fim de vida está frequentemente associada a alterações fisiológicas resultantes da doença terminal, como a perda de apetite, dificuldade de deglutição, náuseas, malnutrição e perda de peso progressiva. Estas alterações refletem o declínio do corpo e o avanço da doença, especialmente em casos de cancro em fase terminal.	AAHA no fim de vida é uma questão sensível que gera dilemas para as famílias e profissionais de saúde. Por outro lado, os profissionais de saúde apontam que, em muitos casos, a AHA não traz benefícios clínicos e pode até causar desconforto ao cliente.	Os familiares frequentemente interpretam a interrupção da AHA como um sinal de abandono ou sofrimento do cliente, acreditando que a alimentação pode prolongar a vida e preservar laços sociais. Por outro lado, os profissionais de saúde apontam que, em muitos casos, a suspensão da alimentação e hidratação tem mais benefício. Este desfasamento de percepções entre profissionais e famílias gera ansiedade e tensões.

Tabela 3- Dimensões de influência nos profissionais de saúde e na família da pessoa em situação paliativa acerca do processo de tomada de decisão na gestão de alimentos e de líquidos

Autor	Dimensão ética de influência nos profissionais de saúde e na família da pessoa em situação paliativa	Dimensão cultural de influência nos profissionais de saúde e na família da pessoa em situação paliativa	Dimensão religiosa e espiritual de influência nos profissionais de saúde e na família da pessoa em situação paliativa	Outras dimensões: psicológica, social e clínica de influência nos profissionais de saúde e na família da pessoa em situação paliativa
A1 Huppes et al.	A dimensão ética na gestão da alimentação e hidratação em fim de vida envolve o equilíbrio entre os princípios de beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. É frequentemente avaliada se alimentação e a hidratação no momento, não contribui para o conforto ou qualidade de vida do cliente. O conceito de ortotanásia é central, defendendo uma morte natural e digna, sem intervenções que prolonguem o sofrimento. A tomada de decisão deve respeitar os valores e desejos da pessoa e da família, priorizando sempre o bem-estar da pessoa.	A alimentação é profundamente enraizada em valores culturais, sendo muitas vezes interpretada como um ato essencial de cuidado e amor. Famílias enfrentam conflitos biotéticos, associando a interrupção da alimentação ao abandono ou sofrimento da pessoa em fim de vida.	Em algumas tradições religiosas, a alimentação é vista como uma obrigação moral, dificultando a sua suspensão. Profissionais de saúde são incentivados a envolver líderes religiosos ou espirituais para alinhar decisões às crenças do paciente e da família, promovendo aceitação e conforto emocional.	As famílias enfrentam sentimentos de culpa e ansiedade, muitas vezes associando a suspensão da alimentação ao sofrimento ou antecipação da morte. Socialmente, a alimentação é vista como um ato simbólico de conexão e cuidado, dificultando sua interrupção. Clinicamente, as decisões devem priorizar o conforto do paciente, avaliando os benefícios e prejuízos da alimentação, que pode ser ineficaz em prevenir complicações e causar desconforto.
A2 Alves et al.	Os profissionais de saúde devem avaliar os benefícios e prejuízos das intervenções, respeitando os desejos do doente e da família, priorizando tratamentos que promovam conforto e evitando intervenções fúteis que possam causar sofrimento.	A alimentação é vista em muitas culturas como símbolo de cuidado e amor, o que pode dificultar a aceitação da sua suspensão, sobretudo por parte da família. As diferenças culturais influenciam as percepções sobre a alimentação artificial, exigindo dos profissionais sensibilidade nas discussões.	A dimensão religiosa e espiritual reflete crenças que veem a alimentação e hidratação como obrigações morais e espirituais, o que pode dificultar a aceitação da sua suspensão. Estas crenças influenciam as decisões familiares, sendo importante envolver líderes religiosos ou espirituais para alinhar os cuidados ao fim de vida com os valores do doente e da família.	As famílias enfrentam sentimentos de culpa e ansiedade, associando a suspensão da alimentação ao sofrimento ou abandono, enquanto a alimentação é vista como ato de conexão e cuidado, dificultando a sua aceitação. Para os profissionais, é prioritário avaliar os impactos clínicos da alimentação artificial no conforto e qualidade de vida do cliente.
A3 Anantapong et al.	Os dilemas éticos na decisão sobre a alimentação envolvem equilibrar o bem-estar do cliente e evitar intervenções fúteis. Profissionais enfrentam desafios ao considerar beneficência e não-maleficência, especialmente com tratamentos invasivos. A autonomia limitada do paciente transfere a responsabilidade para as famílias, que frequentemente têm dificuldade em interpretar os desejos do doente.	A alimentação é frequentemente vista como um ato de cuidado e amor, o que dificulta discussões sobre a sua interrupção. Diferenças culturais influenciam as percepções sobre a necessidade de alimentação, sendo essencial para os profissionais compreender e respeitar essas perspectivas.	Crenças religiosas frequentemente associam a alimentação à obrigação moral, tornando difícil aceitar a sua suspensão. Profissionais destacam a necessidade de dialogar abertamente com famílias sobre valores espirituais, utilizando estratégias empáticas para alinhar decisões com essas crenças.	As famílias enfrentam culpa e ansiedade, interpretando a interrupção da alimentação como abandono ou sofrimento, o que prejudica a comunicação. Socialmente, a alimentação é vista como um símbolo de cuidado e conexão familiar, dificultando sua interrupção. Clinicamente, dificuldades na comunicação entre equipas e famílias levam a decisões mal informadas. Pelo que aborda multidisciplinar, embora essencial, nem sempre é efetiva.
A4 AsKren & Kershnerb	A dimensão ética foca-se em equilibrar o alívio do sofrimento e o respeito pela dignidade do cliente, evitando intervenções que prolonguem o desconforto. As decisões devem considerar os desejos expressos ou presumidos do cliente, enquanto a futilidade terapêutica da alimentação artificial, muitas vezes ineficaz em melhorar a qualidade de vida, gera dilemas sobre sua continuidade.	A alimentação é vista como um símbolo de cuidado e amor em muitas culturas, o que dificulta discussões sobre sua suspensão. Diferenças culturais moldam as percepções de famílias e profissionais sobre a necessidade de manter a alimentação, sendo essencial abordar essas questões com sensibilidade.	Crenças religiosas muitas vezes associam a alimentação e hidratação a obrigações morais e espirituais, complicando a aceitação de sua interrupção. A inclusão de líderes religiosos no processo de decisão pode facilitar a aceitação, alinhando as escolhas às crenças e valores das famílias.	As famílias enfrentam culpa e ansiedade, associando a interrupção da alimentação ao abandono ou sofrimento, agravadas pela falta de informações claras. Socialmente, a alimentação simboliza conexão e rotina familiar, dificultando sua aceitação como parte do processo natural de morte. Clinicamente, a redução da alimentação pode melhorar o conforto do paciente, aliviando sintomas como desconforto respiratório, sendo essencial uma comunicação eficaz entre equipas e famílias para decisões informadas e centradas no bem-estar.
A5 Barrado Martín et al.	Os profissionais destacam o equilíbrio entre o conforto da pessoa e a prevenção de danos, avaliando a necessidade de alimentar como recurso quando não há benefícios clínicos. A decisão é guiada pelas preferências presumidas do cliente, dada sua incapacidade de expressar desejos, enquanto se prioriza o conforto ao invés de intervenções fúteis que prolonguem a vida sem qualidade.	A alimentação é vista como símbolo de cuidado em muitas culturas, levando os familiares cuidadores a associarem a sua suspensão ao abandono ou sofrimento. Diferenças culturais influenciam a aceitação da suspensão da alimentação, exigindo dos profissionais uma comunicação sensível às crenças e valores das famílias.	Os profissionais devem abordar as crenças religiosas e espirituais com empatia, buscando estratégias que alinhem as práticas de cuidado com os valores espirituais das famílias.	Famílias cuidadores enfrentam culpa, ansiedade e frustração, agravadas pela falta de apoio emocional, especialmente quando a pessoa recusa alimentação. Socialmente, a alimentação é vista como um ato de conexão familiar, dificultando sua suspensão. Clinicamente, estratégias personalizadas, como a suspensão da alimentação por conforto, são prioritárias para garantir o bem-estar da pessoa e reduzir riscos, como o de aspiração.
A6 Hilário & Augusto	O equilíbrio entre o alívio do sofrimento e a prevenção de danos é essencial, avaliando-se a eficácia da alimentação em estágios terminais. A incapacidade do paciente de expressar os seus desejos, transfere à família a responsabilidade de decidir entre prolongar a vida ou priorizar o conforto. A interrupção da alimentação, apesar de clinicamente necessária em casos de futilidade terapêutica, frequentemente provoca angústia nas famílias.	Não se aplica.	O envolvimento de líderes religiosos pode facilitar o entendimento das implicações da alimentação, alinhando crenças familiares às decisões clínicas.	Famílias cuidadores enfrentam culpa, ansiedade e frustração ao lidar com a interrupção da alimentação, refletindo o peso emocional das decisões, sobretudo o seu papel na vida do cliente. Socialmente, a alimentação preserva a identidade e o pertencimento familiar, e sua ausência pode gerar conflitos. Clinicamente, os profissionais enfrentam dificuldades em comunicar que a alimentação pode ser prejudicial, priorizando o conforto do paciente.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

As perguntas norteadoras desta revisão permitiram explorar as percepções e desafios enfrentados por profissionais de saúde e famílias na gestão da alimentação e hidratação da pessoa no processo de fim de vida e compreender como as dimensões clínicas, éticas, psicológicas, culturais e espirituais influenciam o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde e da família. A análise das evidências revelou categorias centrais que estruturam a discussão deste fenómeno.

Ingestão de alimentos e líquidos da pessoa em fim de vida

A ingestão alimentar na fase terminal é frequentemente comprometida por alterações fisiológicas, como perda de apetite, disfagia, xerostomia e náusea, que levam a desnutrição e desidratação (Huppes et al., 2023; Alves et al., 2021). Essas mudanças, naturais em casos de doenças avançadas, são frequentemente interpretadas pelas famílias como sinais de sofrimento ou abandono, o que intensifica a angústia e a ansiedade (Hilário & Augusto, 2020). Em contextos hospitalares, como no cuidado a pessoas com demência severa, a falta de personalização nos cuidados alimentares e a sobrecarga de tarefas dos profissionais dificultam a adaptação às necessidades individuais (Anantapong et al., 2022).

Alimentação e hidratação artificiais (AHA)

A AHA é amplamente debatida pela sua eficácia limitada em melhorar a qualidade de vida em fases terminais da doença. Estudos apontam que, em muitos casos, a AHA pode causar mais desconforto do que benefícios, resultando em complicações como aspiração e desconforto respiratório (Barrado-Martín et al., 2020). Ainda assim, as famílias, muitas vezes, percebem a AHA como uma "última tentativa" de cuidado, o que gera dilemas emocionais, sentimentos de culpa e dificuldades em aceitar a sua suspensão (Hilário & Augusto, 2021). Profissionais de saúde, por sua vez, enfrentam desafios éticos e emocionais ao comunicar a futilidade dessas intervenções (Askren & Kershnerb, 2020).

Interrupção da alimentação e hidratação

A interrupção da alimentação é um ponto sensível para famílias e profissionais. Geralmente percebida como um ato de abandono ou antecipação da morte, a sua aceitação é emocionalmente desafiadora (Huppes et al., 2023). Profissionais relatam dificuldades em alinhar práticas clínicas com as expectativas familiares, enfrentando tensões e resistência emocional (Askren & Kershnerb, 2020). Estratégias comunicativas que combinam clareza e empatia são cruciais para ajudar as famílias a compreenderem que a interrupção da alimentação é parte do processo natural de morrer.

As decisões sobre alimentação e hidratação no fim de vida envolvem múltiplas dimensões que influenciam profissionais e famílias, indo além das questões clínicas. Compreender essas influências é essencial para alinhar práticas de cuidado às necessidades do paciente e às

expectativas familiares, promovendo dignidade e conforto. A análise evidenciou as dimensões, éticas, culturais, espirituais, clínicas, sociais e emocionais como centrais neste processo.

Dimensão Ética

As decisões relacionadas à alimentação e hidratação no fim de vida são fundamentadas nos princípios de beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. O objetivo principal é garantir o conforto da pessoa em fim de vida, evitando intervenções fúteis que não oferecem benefícios claros (Huppes et al., 2023). Os profissionais enfrentam dilemas ao equilibrar o alívio do sofrimento com as expectativas das famílias, especialmente quando estas insistem em intervenções que podem causar mais danos que benefícios (Hilário & Augusto, 2020).

Dimensão Cultural

A alimentação é um ato simbólico de cuidado e amor em muitas culturas, o que dificulta a aceitação de sua interrupção. Barreiras culturais, como a vergonha em procurar apoio profissional, são relatadas em comunidades específicas, exigindo dos profissionais de saúde sensibilidade e adaptação à comunicação com base nas crenças familiares (Barrado- Martín et al., 2021).

Dimensão Religiosa e Espiritual

Crenças religiosas frequentemente associam a alimentação e hidratação à obrigação moral e espiritual, tornando difícil para os familiares cuidadores e restante família aceitarem a interrupção dessas práticas. O envolvimento de líderes religiosos é apontado como uma estratégia eficaz para alinhar as decisões clínicas aos valores espirituais, reduzindo tensões emocionais e éticas (Askren & Kershnerb, 2020).

Outras Dimensões (Psicológica, Social e Clínica)

Psicológica: Sentimentos de culpa, ansiedade e frustração são comuns entre os cuidadores, refletindo o peso emocional de decisões relacionadas à alimentação e hidratação (Hilário & Augusto, 2020).

Social: A alimentação é vista como um ato de conexão e identidade familiar, cuja interrupção pode gerar conflitos e afetar a dinâmica relacional (Alves et al., 2021).

Clínica: Profissionais destacam a necessidade de avaliar o impacto da AHA no conforto do paciente, priorizando estratégias personalizadas, como a alimentação por conforto, para evitar complicações e melhorar a qualidade do cuidado (Barrado- Martín et al., 2021).

As percepções e desafios relatados por profissionais de saúde e famílias refletem a complexidade do processo de tomada de decisão sobre a alimentação e hidratação no fim de vida. Este processo é profundamente influenciado por dimensões éticas, culturais, espirituais, psicológicas e clínicas, que requerem uma abordagem multidisciplinar, comunicativa e centrada no conforto

da pessoa em fim de vida. A implementação de protocolos baseados em evidências e o fortalecimento das competências dos profissionais são fundamentais para assegurar decisões alinhadas aos valores e expectativas dos envolvidos, promovendo práticas éticas, sensíveis e humanizadas (Barrado- Martín et al., 2020).

CONCLUSÃO

Esta revisão narrativa explorou as percepções e desafios enfrentados por profissionais de saúde e famílias na gestão da alimentação e hidratação no fim de vida, evidenciando a complexidade das decisões neste contexto. As alterações naturais nos padrões alimentares, a controvérsia sobre a alimentação e hidratação artificiais (AHA) e a interrupção da alimentação, emergiram como pontos centrais de análise, profundamente influenciados pelas dimensões clínicas, éticas, psicológicas/emocionais, culturais e espirituais.

Os resultados encontrados destacam que, no fim de vida, a prioridade deve ser o conforto e a dignidade da pessoa, respeitando os princípios éticos de beneficência, não- maleficência, autonomia e justiça. A AHA, embora frequentemente debatida, nem sempre promove benefícios significativos, sendo necessário avaliá-la com base na sua eficácia e impacto no bem-estar da pessoa em situação paliativa. As famílias, por sua vez, enfrentam angústia e dilemas emocionais ao lidar com decisões que contrariam a visão simbólica da alimentação como ato de cuidado e ligação.

Profissionais de saúde têm um papel crucial como facilitadores de processos de decisão, promovendo uma comunicação clara, empática e adaptada às necessidades culturais e espirituais das famílias. Além disso, a implementação de protocolos baseados na evidência científica e a formação contínua dos profissionais são essenciais para minimizar dilemas éticos, reduzir o stress emocional e garantir práticas centradas na pessoa.

As evidências analisadas nesta revisão são particularmente relevantes para a prática clínica, especialmente no âmbito do Enfermeiro Especialista em cuidados paliativos, que desempenha um papel crucial na gestão e comunicação com a pessoa e família. O Enfermeiro Especialista é frequentemente o mediador das decisões éticas e práticas no cuidado ao fim de vida, sendo responsável por integrar estratégias baseadas em evidências, promover conforto e alinhar as intervenções com os valores e expectativas dos envolvidos. A revisão reforça a importância de uma abordagem empática, centrada na pessoa, que considere as necessidades singulares de cada contexto e respeite as dimensões culturais e espirituais que permeiam este processo. Investir na capacitação de enfermeiros especialistas para lidar com os dilemas e desafios associados à alimentação e hidratação no fim de vida é essencial para garantir uma assistência humanizada, informada e alinhada aos princípios éticos, promovendo a dignidade e o conforto na fase terminal. Este estudo contribui para fortalecer a prática clínica e reafirma o papel do Enfermeiro Especialista como protagonista no cuidado paliativo e na construção de uma morte digna.

Por fim, esta revisão reforça a necessidade de mais investigação em cuidados paliativos, particularmente sobre o impacto de abordagens personalizadas e a integração de dimensões multiculturais e interdisciplinares na gestão da alimentação e hidratação no fim de vida. Essas iniciativas são fundamentais para aprimorar o suporte às famílias e garantir que decisões difíceis sejam tomadas de forma informada e humanizada, promovendo uma morte digna e respeitosa.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A elaboração do presente relatório teve como principal objetivo evidenciar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, através da descrição das experiências e atividades realizadas no âmbito do ENP.

A escolha da temática “A perda da via oral na pessoa em situação de fim de vida” permitiu uma reflexão aprofundada sobre o papel do enfermeiro especialista em cuidados paliativos, destacando a sua responsabilidade na gestão das múltiplas dimensões que envolvem esta problemática. O seu contributo revela-se essencial na tomada de decisões éticas e clínicas, em colaboração com a equipa profissional e a família, assegurando cuidados que promovam o conforto e respeitem os valores, preferências e necessidades da pessoa em fim de vida.

A conceção de cuidados para dois casos clínicos em diferentes contextos de estágio na plataforma e4nursing preconizada pela ESEP, permitiu reconhecer diagnósticos, definir objetivos e implementar intervenções, focadas no conforto, no alívio sintomático e na melhoria da qualidade de vida, na pessoa com perda da via oral em situação de fim de vida. Complementarmente a realização de uma revisão narrativa da literatura, a apresentação de uma ação de formação num dos contextos de estágio, a participação como oradora numas Jornadas de Enfermagem e a submissão de um resumo para aceitação de um póster sobre a temática da perda da via oral no I Congresso Ibérico de Cuidados Paliativos, foram contributos fundamentais para o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista.

A componente teórica do curso aliada às orientações dos profissionais especializados nos campos de estágio, tiveram um papel preponderante no desenvolvimento da componente prática, permitindo alicerçar os conhecimentos adquiridos e fomentar uma prática reflexiva, contribuindo de forma significativa para o crescimento pessoal e profissional. Apesar da dificuldade na gestão do tempo, a motivação pessoal e profissional, aliada à dedicação, ao empenho e à exigência, constituíram-se essenciais para o sucesso e para a consolidação das aprendizagens adquiridas. Igualmente importante, foi o apoio contínuo das professoras da ESEP orientadoras deste relatório, bem como dos tutores de estágio, que se mostraram sempre disponíveis para o esclarecimento de dúvidas e me orientaram no rumo certo.

Por fim, a oportunidade de integrar equipas com profissionais que refletem a essência dos cuidados paliativos foi um marco transformador na minha trajetória profissional. Esta experiência permitiu-me compreender profundamente a gratificação que advém do cuidado prestado em contextos de elevada vulnerabilidade. Com os conhecimentos adquiridos ao longo

deste percurso, sinto-me capacitada e motivada a ser um elemento inspirador e um verdadeiro agente de mudança, aplicando de forma consciente e eficaz tudo o que aprendi. Reconheço que a obtenção do grau de mestre não só valida o meu compromisso com a excelência, mas também aumenta a responsabilidade na prestação de cuidados. Estou plenamente consciente da importância da formação contínua, pois esta é a chave para garantir uma prática cada vez mais centrada no bem-estar dos clientes e das famílias, e alinhada com os mais elevados padrões de qualidade e humanidade nos cuidados paliativos.

É com responsabilidade, entusiasmo e confiança que abraço o futuro, determinada a fazer a diferença na vida das pessoas em fim de vida e suas famílias.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agar, M. R. (2020). Delirium at the end of life. *Age and Ageing*, 49(3), 337-340.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afz171>
- Almeida, F. B. (2013). *Estudo do luto antecipado em cuidadores de doentes com demência*. Repositorio.cespu.pt. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/305>
- Almeida, A. E. M., & Sampaio, H. A. de C. (2022). Presbifagia, atuação fonoaudiológica e letramento em saúde. *Conjecturas*, 22(11), 632-641. doi.org
- Alves, P. V., Oliveira, C. S., & Basto, M. L. (2021). Alimentação Em Fim De Vida: Qual O Caminho? *Onco.news*, 43, 16-25. <https://doi.org/10.31877/on.2021.43.02>
- Amorim, G. K. D., & Silva, G. S. N. (2021). Nutricionistas e cuidados paliativos no fim de vida: revisão integrativa. *Revista Bioética*, 29(3), 547-557.
<https://doi.org/10.1590/1983-80422021293490>
- Anantapong, K., Davies, N., & Sampson, E. L. (2022). Communication between the multidisciplinary team and families regarding nutrition and hydration for people with severe dementia in acute hospitals: a qualitative study. *Age and Ageing*, 51(11).
<https://doi.org/10.1093/ageing/afac230>
- Anderson, F., Downing, G. M., Hill, J., Carsoso, L., & Lerch, N. (1996). Palliative performance scale (PPS): a new tool. *Journal of Palliative Care*, 12(1). pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
- Areia, N., Major, S., & Relvas, A. P. (2016). *Inventário do Luto para os Cuidadores de Marwit-Meuser - Forma Reduzida (MMCGI-SF)*. Imprensa Da Universidade de Coimbra EBooks, 125-145.
https://doi.org/10.14195/978-989-26-1268-3_6
- Askren, A. N., & Kershner, M. (2020). Eating, Drinking, and Comfort at End-of-Life: Promoting a Quality of Death. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(4), 1-6.
https://doi.org/10.1044/2020_persp-19-00183
- Baptista, R. C. N. (2002). Cuidados de Enfermagem ao doente com necessidade de cateterismo vesical. *Referência*, 9, 69-73. web.esenfc.pt
- Barbosa, A. (2016). O Luto em Cuidados Paliativos. In *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 553-629). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Barbosa, A., Georgiana, M. da G., & Peter, L. (2016). Confusão/Delirium. In *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 297-316). Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética.

- Barbosa, A. (2016). O Luto em Cuidados Paliativos. In *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 553-629). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Barbosa, J. V., Toscano, M. L. S., Araújo, D. A. de S., Moreira, M. M. C., Nóbrega, W. G. da, & Martins, Q. C. S. (2024). Hipodermóclise como ferramenta do cuidado: construção e validação de algoritmo. *Aquichan*, 24(3). <https://doi.org/10.5294/aqui.2024.24.3.5>
- Barrado-Martín, Y., Nair, P., Anantapong, K., Aker, N., Moore, K. J., Smith, C. H., Rait, G., Sampson, E. L., Manthorpe, J., & Davies, N. (2021). Family caregivers' and professionals' experiences of supporting people living with dementia's nutrition and hydration needs towards the end of life. *Health & Social Care in the Community*, 30(1). <https://doi.org/10.1111/hsc.13404>
- Berek, J. S., Renz, M., Kehoe, S., Kumar, L., & Friedlander, M. (2021). Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155(S1), 61-85. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13878>
- Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, H. (2016). Trabalho em equipa. In *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 907-913). Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética.
- Boles, J. C., & Jones, M. T. (2021). Legacy perceptions and interventions for adults and children receiving palliative care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 35(3), 026921632198956. <https://doi.org/10.1177/0269216321989565>
- Botejara, A. C., & Neto, I. G. (2016). Hidratação e Nutrição em Fim de Vida. In *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 331-344). Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética.
- Bottoni, A., & Zaher-Rutherford, V. L. (2019). Reflexão bioética sobre uso de nutrição e hidratação artificial em pacientes terminais. *Revista Brasileira de Bioética*, 15(e9), 1-25.
- Camargo, N. R. P. de, Santos, R. de S., & Costa, M. F. (2023). Dieta de Conforto em Cuidados Paliativos Oncológicos: Reflexões sobre os Sentidos de Conforto da Comida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 69(2). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2023v69n2.3828>
- Capelas, M. L., da Silva, S. C., Alvarenga, M. I., & Coelho, S. P. (2014). Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. *Cuidados Paliativos*, 1(2), 7-13. https://www.researchgate.net/publication/279191632_Desenvolvimento_historico_dos_Cuidados_Paliativos_visao_nacional_e_internacional
- Chishi, K. V., Patel, B. C., Sanghavi, P. R., & Yadav, V. S. (2023). Prevalência de Delirium em Pacientes com cancro avançado Admitidos em Unidades de Cuidados paliativos e resultados após intervenção paliativa. *Revista Indiana de Cuidados Paliativos*, 29(1), 82-88.
- Coelho, M. (2020). *Conceptualization and assessment of family caregivers's anticipatory grief in paliative care* [Dissertação de Mestrado].
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2023). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento*

dos Cuidados Paliativos 2023-2024.

https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf

Cunha, S., Silva, P., Oliveira, S., Fernandes, O., & Lourenço, M. (2022). Intervenções no Controlo da Xerostomia na Pessoa em Situação Paliativa- Scoping Review. *Millenium*, 2(18), 51-63.

<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/44106>

Decreto de Lei nº 101/2006. (2006).Diário da República: Série I-A de 2006-06-06.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República: I série-A, n.º 205.

<https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

Despacho n.º 13227/2023 do Gabinete da Secretaria de Estado da Promoção da Saúde.(2023). Diário da República: série II, n.º 248.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13227-2023-835712442>

Despacho nº 4676/2021 do Gabinete do Ministério da saúde.(2021).Diário da República: II série, nº 89. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/4676-2021-162906695>

Edsberg, L. E., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., & Sieggreen, M. (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 43(6), 585-597.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5098472/>

Egan, R., Wood, S., MacLeod, R., & Walker, R. (2015). Spirituality in Renal Supportive Care: A Thematic Review. *Healthcare*, 3(4), 1174-1193. <https://doi.org/10.3390/healthcare3041174>

Faculdade das Ciências da Saúde e Enfermagem- UCP. (2020). *Diretório de Escalas Validadas para Território Português Europeu 2020*. Diretório de Escalas Validadas Para Portugal FCSE- Católica; Universidade Católica Editora. <https://fcse.lisboa.ucp.pt/asset/6421/file>

Feijó, L. dos I. (2015). *Avaliação do Estado de Consciência. Tradução e Validação da Escala FOUR (Full Outline of UnResponsiveness)*. In repositório-aberto.up.pt.

<https://hdl.handle.net/10216/90400>

Fernandes, J. (2016). *Apoio à Família em Cuidados Paliativos*. In *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 653-663). Faculdade de Medicina de Lisboa.

Ferreira, F. F. S., Fernandes, L. V. R., & Oliveira, I. de J. (2022). Prevalência Da Disfagia Em Idosos Institucionalizados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 60-66. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.218>

Foucault, C., & Mongeau, S. (2012). *A Arte de Tratar em Cuidados Paliativos*. Instituto Piaget.

Fradique, E. (2016). Cuidados à boca. In *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados

Paliativos, Centro de Bioética.

Freire, E. (2017). *Guia Prático de Controlo sintomático*. Núcleo de Estudos de Medicina Paliativa. <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

García-Navarro, E. B., Garcia Navarro, S., & Cáceres-Titos, M. J. (2023). How to Manage the Suffering of the Patient and the Family in the Final Stage of Life: A Qualitative Study. *Nursing Reports*, 13(4), 1706–1720. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040141>

Gigante, N. R. (2023). *Uso da Via Subcutânea na gestão de sintomas em cuidados paliativos em contexto hospitalar* [Dissertação de Mestrado].

http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/3472/1/Natalia_Gigante.pdf

Glajchen, M., Goehring, A., Johns, H., & Portenoy, R. (2022). Family meetings in palliative care: Benefits and barriers. *Current Treatment Options in Oncology*, 23(5), 658–667. <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00957-1>

Globocan. (2022). *Statistics at a glance, 2022 Top 5 most frequent cancers*.

<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf>

Gonçalves, A. (2018). Fentanilo Transdérmico no tratamento da Dor Crónica. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/180701204425.pdf>

Gonçalves, A. (2019). Midazolam. *Medicina Paliativa*.

<https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/190817213830.pdf>

Gonçalves, A. F. (2020). Uso do oxigénio em Cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*.

<https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/200201135910.pdf>

Gonçalves, A. F. (2021, February 7). Antieméticos em Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/>

Gonçalves, J. A. F. (2023, August 30). Disfagia. *Medicina Paliativa*.

<https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/230903092745.pdf>

Gonçalves, A. F. (2024, March 28). Via subcutânea. *Medicina Paliativa*.

<https://medicinapaliativa.pt/>

Gonçalves, A. F. (2024, May 25). Cuidados da boca em Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*.

<https://medicinapaliativa.pt/Blog>

Gonçalves, F., Bento, M., Alvarenga, M., Costa, I., & Costa, L. (2008). Validation of a Consciousness Level Scale for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 22(6), 724–729.

<https://doi.org/10.1177/0269216308094104>

Harris, C., Spiller, J., & Finucane, A. (2020). Managing delirium in terminality ill patients: perspective of palliative care nurse specialists. *British Journal of Community Nursing*, 25(7),

346-352.

Hilário, A. P., & Augusto, F. R. (2021). Feeding the family at the end-of-life: An ethnographic study on the role of food and eating practices for families facing death in Portugal. *Health & Social Care in the Community*, 29(6). <https://doi.org/10.1111/hsc.13345>

Holdoway, A., & Smith, A. (2019). *Consider dysphagia if patient has*. <https://www.malnutritionpathway.co.uk/dysphagia.pdf>

Huffman, J. L., & Harmer, B. (2023). *End of Life Care*. PubMed; StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk544276/>

Huppes, B., Pereira, L. A., Engel, R. H., Munhoz, O. L., & Ilha, S. (2023). Manter ou suspender a alimentação em fase final de vida? Scoping Review / Keep or suspend food in the end-of-life phase? Scoping Review. *Revista de Pesquisa*, 15. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12767>

Indice.eu- *Toda a saúde*. (2024, December). Indice.eu- Toda a Saúde. <https://www.indice.eu/pt/Infarmed>. (2021, setembro 28). *Lynparza (Olaparib): Relatório público de avaliação*. <https://www.infarmed.pt/documents/15786/3368817/Relat%C3%B3rio+de+avalia%C3%A7%C3%A3o+de+financiamento+p%C3%ABlico+de+Lynparza+%28Olaparib%29/a29c74f3-dbb8-a61f-41d8-3b1a81f732ed?version=1.0>

Internacional Council of Nurses (2019). ICNP Browser. Recuperado em 5 de outubro de 2024 de icn.ch

Joanna Briggs Institute (2024). *Scoping Reviews Resources | Joanna Briggs Institute*. [jbi.global. https://jbi.global/scoping-review-network/resources](https://jbi.global/scoping-review-network/resources)

Klankluang, W., Tongchai, S., Sriphrom, C., Siriussawakul, A., Chanthong, P., & Tayjasanant, S. (2021). The prevalence, associated factors, clinical impact, and state of diagnosis of delirium in palliative care patients. *Supportive Care in Cancer*, 29(12), 7949-7956. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06367-7>

Kluger, B. M., Hudson, P., Hanson, L. C., Buzgová, R., Creutzfeldt, C., Gursahani, R., Sumrall, M., White, C., Oliver, D., Pantilat, S. Z., & Miyasaki, J. (2023). Cuidados paliativos para atender às necessidades de adultos com doenças neurológicas. *Revista Brasileira de Neurologia*, 22(07), 619-631.

Lagares, G. F., Rodrigues, S. P., Rodrigues, L., De Sousa, A., & De Souza, M. (2023). Delirium: Uma revisão de literatura. *Revista Multidisciplinar Do Nordeste Mineiro*, 1. https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2023/1174_delirium_uma_revisao_de_literatura.pdf

Lee, S. W., Jung, E. H., Kim, H. J., Min, C., Yoo, S. H., Kim, Y. J., Rha, S. Y., Yon, D. K., & Kang, B.

(2023). Risk factors for delirium among patients with advanced cancer in palliative care: a multicenter, patient-based registry cohort in South Korea. *PubMed*, 27(5), 2068–2076.

https://doi.org/10.26355/eurrev_202303_31578

Lei n.º 52/2012 Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. (2012). Diário da República n.º 172, Série I de 2012-09-05. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841>

Liga Portuguesa Contra o Cancro. (n.d.). *Cancro do Ovário : Liga Portuguesa Contra o Cancro*. [Www.ligacontracancro.pt](http://www.ligacontracancro.pt). <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-do-ovario-estadiamento/>

Lopes, D. P. (2020). *As Intervenções de Enfermagem na Pessoa com delirium em Cuidados paliativos: Uma Scoping Review* [Dissertação de Mestrado].

<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/37842>

Lopez, L., & Gregori, J. (2017). Uso de infusores para la administración de fármacos por vía subcutánea en Atención Primaria. *Actualización En Medicina Primária*, 1–4.

<https://amf-semfyc.com/index.php/es/web/articulo/uso-de-infusores-para-la-administracion-de-farmacos-por-via-subcutanea-en-atencion-primaria>

Lourenço, M., Encarnação, P., & Lumini, M. J. (2021). Cuidados Paliativos, Conforto e Espiritualidade. *Escola Superior de Saúde Do Porto*, 85–98.

<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/39538>

Marwit, S. J., & Meuser, T. M. (2005). Development of a Short Form Inventory to Assess Grief in Caregivers of Dementia Patients. *Death Studies*, 29(3), 191–205.

<https://doi.org/10.1080/07481180590916335>

Martins, M. O. (2018). Sedação Paliativa. *Medicina paliativa*.

<https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/180423191959.pdf>

Menezes, M. F. F. B. de. (2024). *Xerostomia no internamento de Medicina da Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA) – Prevalência e Tratamento* [Dissertação de Mestrado].

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/159286/2/677409.pdf>

Merlane, H., & Cauwood, L. (2020). Princípios Fundamentais dos Cuidados de Fim de Vida. *Jornal Britânico de Enfermagem*, 29(5), 280–228.

Morna, C. (2022). Perfusões Contínuas Subcutâneas em Doentes em Fim de Vida: Quando e Como?. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 14(1), 19–28.

<https://doi.org/10.25756/rpf.v14i1.293>

Murray-Brown, F., & Dorman, S. (2020). *Haloperidol para tratamento de náuseas e vômitos em pacientes de cuidados paliativos*. [Www.cochrane.org](http://www.cochrane.org).

Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *BMJ*, 330(7498), 1007–1011. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7498.1007>

- Murray, S. A., Boyd, K., Moine, S., Kendall, M., Macpherson, S., Mitchell, G., & Amblàs-Novellas, J. (2024). Using illness trajectories to inform person centred, advance care planning. *BMJ*, 384(384), e067896. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067896>
- Neto, I. G. (2016). Modelos de Controlo Sintomático. In *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 43-48). Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- Oken, M. M., Creech, R. H., Tormey, D. C., Horton, J., Davis, T. E., McFadden, E. T., & Carbone, P. P. (1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5(6), 649-655. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7165009/>
- Ordem dos Enfermeiros.(2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. [ordemenfermeiros.ptrelat%C3%B3rio-da-componente cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Cuidados Paliativos*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Parshall, M. B., Schwartzstein, R. M., Adams, L., Banzett, R. B., Manning, H. L., Bourbeau, J., Calverley, P. M., Gift, A. G., Harver, A., Lareau, S. C., Mahler, D. A., Meek, P. M., & O'Donnell, D. E. (2012). An official American thoracic society statement: Update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 185(4), 435-452. <https://doi.org/10.1164/rccm.201111-2042st>
- Pereira, J. M., Castro, M. L., Duarte, I., & Lourenço, M. (2023). Diagnostic assessment of the comfort of palliative patients: scoping review protocol. *Research, Society and Development*, 12(6), e13112642046-e13112642046. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42046>
- Pessoa, A., Almeida, P., Marinho, R., Duque, S., F. Amaral, T., Pinho, J., Santos, M., Freire, E., Mendes, L., Santos, L., Marinho, A., Gorjão Clara, J., & Araújo Correia, J. (2021). Alimentação na Demência Avançada: Documento de Consenso da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica. *Medicina Interna*, 27(1), 80-88. <https://doi.org/10.24950/guidelines/consensus/1/2020>
- Phelan, C., Hammond, L., Thorpe, C., Allcroft, P., & O'Loughlin, M. (2023). A Novel Approach to Managing Thirst and Dry Mouth in Palliative Care: A Prospective Randomized Cross-Over Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 66(5), 587-594.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.08.005>

- Pimenta, S., & Capelas, M. L. V. (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 5-18. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7247>
- Pina, P. R. (2016). Controlo da dor em cuidados paliativos. In *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 49-100). Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética.
- Pinho-Reis, C. (2019). Beneficência e não-maleficência em fim de vida: O caso da nutrição e hidratação artificiais. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(4), 57-76.
- Portaria nº 66/2018.(2018). Diário da República nº 157/2018, Série I de 2018-08-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/66-2018-114822275>
- Portaria nº 165/2016.(2016).Diário da república nº112, Série I de 2016-06-14. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/165-2016-74671910>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knauth, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., & Gomez-Garcia, W. (2020). Redefining palliative care—A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Ramos, O., Sá, J. M. de, Figuerola, M., Augusto, M. C., & Gomes, M. J. (2023). cuidados de enfermagem promotores do conforto à pessoa em situação paliativa: protocolo de scoping review. *OncoNews*, 47, 1-7.
- Rebelo, C. C. (2021). Abordagem do Delirium na Comunidade. *Gazeta Médica*, 8(4). <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/download/482/337/4954>
- Regulamento nº 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. (2018). Diário da República nº 135, Série II de 2018-07-16
- Regulamento nº 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Resolução da Assembleia da República nº 48/2025. (2025). Diário da República nº 48/2025, Série I de 2025-03-10. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/48-2025-910130839>
- Rocha, D. C., Debora Maciel Liotti, Dias, S., Lucas Felix Novaes, & Rodrigo Jorge Salles. (2023). O luto antecipatório em cuidadoras de idosos com Alzheimer avançado. *Revista Família, Ciclos de Vida E Saúde No Contexto Social*, 11(1), e6778-e6778.

<https://doi.org/10.18554/refacs.v11i1.6778>

Sá Lopes, F. G. M. (2019). *Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Delirium no Doente Idoso Internado* [Dissertação de Mestrado]. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/89531>

Sánchez-Ortiz, M., García-Simón, E., Mateo-Abad, A., Soguero-Pérez, M. D. M., & Castro-Vilela, M. E. (2021). [Bladder catheterization in the hospitalized elderly people]. *Revista Espanola de Geriatria Y Gerontologia*, 56(2), 96–99. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.09.010>

Santos, C. G. dos, Mendes, E. C., Schramm, F. R., & Costa, M. F. (2024). Valores e Crenças relacionados à Alimentação Oral em Cuidados Paliativos Oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 70(1), e-194505. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n1.4505>

Serviço Nacional de saúde. (2023). *Registo Oncológico Nacional 2020*. <https://ron.min-saude.pt/media/2223/ron-2020.pdf>

Silva, P. R. da C., & Santos, E. B. dos. (2018). Cuidados paliativos - hipodermóclise uma técnica do passado com futuro: revisão da literatura. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 8(22), 53. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2018.8.22.53-63>

Singh, S., Aggarwal, R., Malhotra, R., Varun Shekhar, Singh, V. P., & Bhatnagar, S. (2023). Development and Validation of Total Pain Scale for Evaluation of Total Pain in Cancer Patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 29(3), 312–323. https://doi.org/10.25259/ijpc_256_2022

Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021). Cancro ginecológico. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-consenso-nacional-cancro-ginecologico-2020.pdf>

Sousa, J., Ferreira, R., & Guedes, V. (2022). Intervenções desenvolvidas na gestão do luto em cuidados paliativos: scoping review. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(2), 97–109. [https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.189\(2\)](https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.189(2)), 97–109. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.189>

Streeck, N. (2019). Death without distress? The taboo of suffering in palliative care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 23(3), 343–351. [doi.org](https://doi.org/10.1007/s11019-019-0981-1)

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores.

Valbusa, D. E., Abreu, A. G. M., Moreira, F. A. V., Eyer, I. M. de O., Melo, J. P., Pedroni, J. L., Vilaça, R. S., Peixoto, R. de C. F., Garrido, S. D. de S., & Ledesma, Z. P. C. (2023). Câncer de ovário: fisiopatologia e manejo terapêutico. *Brazilian Journal of Development*, 9(1), 641–656. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n1-047>

Vallerand, A. H., Sanoski, C. A., & Deglin, J. H. (2016). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. Lusodidacta.

Vieira, F., Pereira, C., Freitas, D., Brazão, I., & Ferreira, T. (2003). Infusor Elastométrico. *Revista*

de Anestesia Regional e Terapia Da Dor, 63-64.

Zengin, H., Evin, N., Ersöz Ünlü, C., Arıcı, S., Yıldırım, V., & Taşçı, İ. (2023). Transitioning to oral feeding from other routes in the palliative care unit. *Gulhane Medical Journal*, 65(4), 152-159. <https://doi.org/10.4274/gulhane.galenos.2023.50023>

8. ANEXOS

Anexo I



Alimentação e Hidratação no Fim de Vida: Desafios e Influências na Tomada de Decisão

Sónia Vieira ep11399
3º Curso Mestrado em EMCEPSP
novembro, 2024

1

OBJETIVO

- Refletir sobre a temática da Alimentação e Hidratação em Fim de Vida;
- Apresentar resultados da Revisão Narrativa da Literatura - Tomada de Decisões Sobre Alimentação e Hidratação no Fim de Vida: Perceções, Desafios e Influências Éticas, Culturais e Espirituais.

2

Cuidados Paliativos

"são cuidados centrados na pessoa, sua família e cuidadores e baseiam-se na comunicação eficaz, na tomada de decisão compartilhada, na autonomia pessoal e prolongam-se no processo de luto" ⁽¹⁾

1. Demanda Especial de Cuidados Paliativos. (2019-2020). Plano Estratégico Para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde. https://www.mh.gov.br/cp/pdfs/2019-2020_agenda.pdf

3/22

3

Definição do termo "Fim de Vida"

- Prazo cuja vida estimada é inferior a **seis meses**, onde o tratamento curativo não é mais opção; Processo vivenciado por todos os seres humanos onde os cuidados à pessoa em fim de vida, poderão variar de meses a dias ⁽²⁾
- Um *continuum* de cuidados paliativos, no qual, a morte é iminente, ou a vida restante, provavelmente durará um curto número de semanas, dias ou horas ⁽³⁾

2. Hoffman, J.L., & Harmer, S. (2020). End of Life Care. Publisher: StatPearls Publishing.
3. Hooley, A. (2020). Nucleio em Cuidados Paliativos: questões, percepções e confusões entre médicos e outros profissionais. *Colloquium et Forum* 21(21)

4/22

4

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Alimentação

**Significado
Simbólico**

**Associado a
memórias afetivas
e memórias de
convívio social**

R. Corrêja, M. R. P. de, Santos, R. de S., & Costa, M. T. (2020). O ato de alimentar em Unidades Privativas Especializadas: Relações entre o Serviço de Cuidado de Dentes, Prática Especial de Cuidado, 18(2).

2/22

5

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Alimentar

**Ato de
Cuidado**

**Ato de
Amor**

**Sinónimo
de Vida**

**Relação de
Conexão**

3/22

6

Alimentação Oral

- A via oral deve ser a via de eleição (sempre que possível) ⁽⁴⁾
- Estratégias para incentivar a alimentação devem ser usadas como: o **encorajamento** contínuo; o **fracionamento** da dieta em pequenas porções; **flexibilizar o horário** segundo o desejo da pessoa; tornar os alimentos mais atraentes visualmente (cores) e **sensorialmente** (aromas e sabores), visando estimular o apetite;
- **Adequar o tipo de dieta** de acordo com as preferências, para doentes mais debilitados (a dieta mole ou pastosa);
- Administrar água sob a forma de gelatina ou sob a forma de gelo, com elevação da cabeceira do leito;
- Em situações de compromisso grave da deglutição, o uso de **humidificador ou nebulizador** é indicado e os cuidados orais devem ser reforçados;
- A Alimentação Manual Cuidadosa é defendida na literatura.



S. Botelho, A. C. & Neto, I. G. (2016). Hidratação e Nutrição em Fim de Vida. In *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 331-344). Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Saúde.

7/22

7

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- No contexto de Cuidados Paliativos especialmente em pessoas em fim de vida surgem alterações significativas nos padrões alimentares ⁽⁴⁾;
- Abordar estas questões com a consequente perda da via oral é uma questão sensível e frequentemente controversa;
- A alimentação é cultural, está associada à manutenção da vida, tornando difícil para os familiares aceitarem a sua suspensão, interpretada como um sinal de declínio e proximidade da morte ⁽¹⁾⁽⁵⁾;
- Levantamento de dúvidas éticas e emocionais, tanto para os familiares como para os profissionais de saúde, que enfrentam desafios ao decidir sobre as intervenções como a alimentação e hidratação artificiais ⁽⁶⁾.

G. Huerto, S. Casan, F. Perera, L. A. Ange, R. H. Santos, D. L. & Ito, S. (2020). Nutrição e alimentação em Fim de Vida? *Supportive Palliative Care* e *Food in Supportive Palliative Care*. *Revista de Nutrição*, 12.

W. Amorim, G. R. D., & Silva, G. S. N. da. (2021). Nutrição e cuidados paliativos no fim de vida: revisão integrativa. *Revista Brasileira*, 22(2).

8/22

8

Quais as percepções e desafios que os cuidadores e profissionais têm perante a perda da via oral?



Qual a influência das diversas dimensões na tomada de decisão?

9/22

9

Metodologia

Revisão narrativa da literatura, na base de dados CINAHL Complete, utilizando os termos MeSH "Palliative Care", "End of Life", "End-of-Life", "Eating" e "Oral Feeding".

Foram incluídos artigos publicados em revistas académicas, nos últimos cinco anos, revisados por pares, centrados na pessoa, familiares cuidadores e profissionais de saúde, que explorassem evidências sobre a alimentação e hidratação em fim de vida, no contexto de cuidados paliativos, em ambiente hospitalar e domiciliário.

Foram excluídos os artigos que se referissem exclusivamente à atuação de outros profissionais de saúde. A análise dos estudos selecionados baseou-se em categorias temáticas previamente definidas.

Foi identificado um total de 351 artigos, dos quais seis cumpriram os critérios de inclusão e foram analisados neste estudo.

10/22

10

Metodologia

Foram identificadas as seguintes categorias de resultados:

1. Alterações alimentares e de hidratação em fim de vida;
2. Controvérsia para alimentar e hidratar artificialmente;
3. Perceção dos profissionais de saúde e famílias sobre a interrupção da alimentação, princípios éticos e tomada de decisão;
4. Impacto emocional nos profissionais de saúde e influência cultural e espiritual na decisão de manutenção ou suspensão da alimentação.

11/22

11

1. Alterações Alimentares e de Hidratação no Fim de Vida



1. Almeida, B. C. D., & Silva, D. B. N. da. (2021). Nutrientes e saúde oral no fim de vida: revisão integrativa. *Revista Dentária*, 28(2).

2. Santos, D. B. dos, Mendes, C. C., de Fátima, T. M., & Costa, R. T. (2021). *Alimentação e Cuidados Nutricionais e Hidratantes em Cuidados Paliativos Oncológicos*. *Revista Brasileira de Geriatria*, 24(1).

3. Aires, P. V., Oliveira, D. S., & Costa, M. L. (2021). Alimentação no Fim de Vida. *Qual é a Sua? Alimentação*, 10(1).

12/22

12

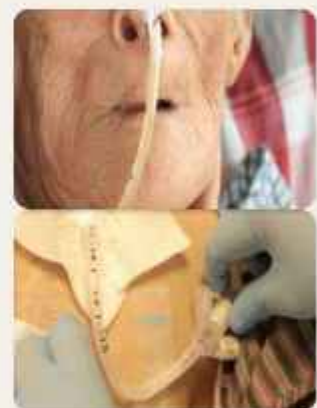
Alterações Alimentares



13

2. Controversa Alimentar e Hidratar Artificialmente

- Uma **temática controversa**, principalmente, em casos com prognósticos limitados, não oferecendo benefícios de sobrevivência, **aumentando** inclusive, em alguns casos, o **desconforto** da pessoa (10,11).
- Não cumprem o papel de recuperar e garantir o estado nutricional (10).
- Argumentos a favor no alívio de sintomas desagradáveis como a astenia, a sonolência e a hipotensão ortostática (10).
- Argumentos contra na incrementação de sintomas desagradáveis como aumento de secreções, edema, dificuldade respiratória (10).



10. Delgado, A. C., & Sade, H. L. (2015). Hidratação e Nutrição em Pim Da Vida. In *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 537-544). Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Saúde.
11. Aries, P. V., Oliveira, C. S., & Sade, H. L. (2021). Alimentação De Pim Da Vida Qual O Cimento? *Conclusões*, 44.
12. Kohnen, A. N., & Gerafs, H. (2020). Caring, Dying, and Comfort: Artificial Promotion of Quality of Death? *Perspectives of the ASHP Special Interest Group*, 35(1).

11-22

14

2. Controversa Alimentar e Hidratar Artificialmente

- Os **profissionais** referem que este tipo de alimentação não resolve o declínio cognitivo e a perda de interesse da pessoa em se alimentar.
- Os **cuidadores** frequentemente veem a alimentação artificial como uma "última tentativa", mas reconhecem seus limites ao longo do tempo, especialmente quando esta causa mais desconforto do que benefícios.¹¹

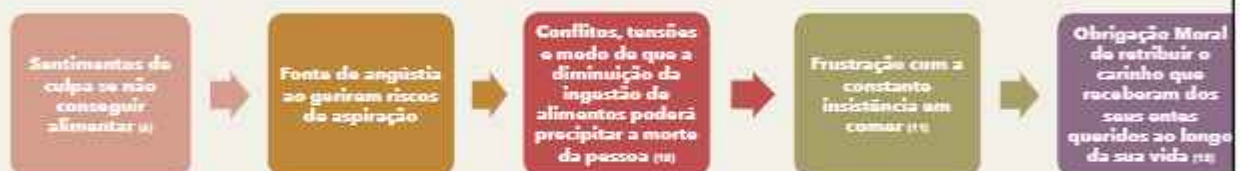


11. Aslana, A. N., & Karshner, H. (2022). Eating, Drinking, and Comfort at End-of-Life: Promoting a Quality of Death. Perspectives of the ASPH Special Interest Groups, 3(4).

15/22

15

3. Perceção das famílias sobre a interrupção da alimentação



9. Hughes, D., Coarim, T., Pereira, L. A., Angel, R. H., Moraes, C. L., & Silva, B. (2022). Morale ou suspensão da alimentação em fase final de vida? Eating Refusal / Cessar or suspension of food in the end-of-life phase? Eating Refusal. *Revista de Psicologia*, 12.

10. Sena-da-Mota, T., Han, K., Han-Seung, G., Alar, H., Hwang, C. J., Smith, C. H., Kuo, B., Simpson, C. L., Martinsen, J., & Davies, H. (2021). Family caregivers' and professionals' experiences of supporting bereavement in palliative care. *Health & Social Care in the Community*, 20(1).

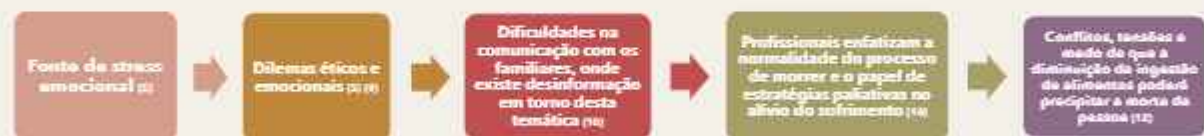
11. Aslana, A. N., & Karshner, H. (2022). Eating, Drinking, and Comfort at End-of-Life: Promoting a Quality of Death. Perspectives of the ASPH Special Interest Groups, 3(4).

12. Mendes, A. P., & Aguiar, T. B. (2021). Feeding Refusal at the end-of-life: An exploratory study on the role of food and eating practices for families facing death in Portugal. *Health & Social Care in the Community*, 28.

16/22

16

3. Perceção dos profissionais de saúde sobre a interrupção da alimentação



Chaves, D., Casimiro, T., Pereira, L. A., Araújo, R. H., Marques, D. L., & Iltis, J. (2020). Morir ou suspender a alimentação em fase final de vida? Dilemas éticos e emocionais em cuidados paliativos. *Revista de Psicologia*, 12.
 8. Alves, P. V., Oliveira, C. S., & Basto, M. L. (2021). Alimentação Em Fase De Vida: Qual O Cuidado? *Discussões*, 49.
 10. Bernardo-Hoddy, T., Han, P., Armstrong, K., Alvar, R., Morris, K. L., Smith, D. H., Kati, B., Sampson, C. L., Hawthorne, L., & Davies, N. (2021). Family caregivers' and professionals' experiences of supporting people living with dementia to eat and swallow: a multi-centre study of the health and social care in the community. 2021.
 13. Mendes, A. P., & Araújo, T. R. (2021). Feeding the family: ethical and legal aspects in the care of food and eating practices for families living with dementia in Portugal. *Health & Social Care in the Community*, 28.

17/22

17

Princípios Éticos e Tomada de Decisão



7. Alves, P. V., Oliveira, C. S., & Basto, M. L. (2021). Alimentação Em Fase De Vida: Qual O Cuidado? *Discussões*, 49.

18/22

18

4. Impacto Emocional nos Profissionais de Saúde

Nos casos que a alimentação é considerada fútil, os profissionais necessitam de **suporte** para lidar com o **stress moral e dilemas éticos envolvidos** ⁽⁸⁾;

Sentem-se despreparados em iniciar conversas sobre fim de vida com a família, vivenciando dilemas emocionais e hesitação ⁽⁹⁾;

Sentem a responsabilidade de e salientam a importância de cuidados centrados no conforto ⁽¹⁰⁾ ; **educar as famílias sobre o declínio natural do apetite**

Recomendam que em casos de demência, a educação sobre cuidados no fim de vida comece logo após o diagnóstico, com o objetivo de evitar decisões precipitadas ou na gestão de conflitos futuros ⁽¹⁰⁾.

9. Aires, A. N., Davies, C. L., & Satch, P. L. (2021). Alimentação no Fim de Vida: Qual O Papel? *Alimentação*, 49.

10. Sánchez-Martín, T., Han, K., Ansteeck, K., Aires, N., Hwang, S. L., Smith, C. H., Raf, B., Samson, C. L., Martínez, L., & Davies, N. (2021). Family and/or professional experiences of supporting people living with dementia: nutrition and hydration needs versus the end-of-life. *Health & Social Care in the Community*, 2021.

11. Aaltonen, A. N., & Kesäniemi, M. (2020). Eating, Drinking, and Careful at End-of-Life: Perceptions of the ADHA Special Interest Group, 2020.

12. Ansteeck, K., Davies, N., & Samson, C. L. (2022). Communication Between the multidisciplinary team and families regarding nutrition and hydration for people with severe dementia in acute hospitals: a qualitative study. *Age and Ageing*, 51(11).

19/22

19

Influência cultural e religiosa na decisão de manutenção ou suspensão da alimentação

As famílias interpretam a alimentação como um ato de cuidado, de amor e sinônimo de vida , sendo a falta do alimento, vista como **sinal de sofrimento** ⁽¹¹⁾, **sentimentos de culpa na sua suspensão** ⁽⁸⁾, e **fonte de angústia** ao gerirem riscos de aspiração e frustração com a constante insistência em comer ⁽¹²⁾.

Barreiras culturais e percepções de "vergonha", especialmente em comunidades asiáticas, onde procurar apoio profissional pode ser visto como negligência por parte da família ⁽¹³⁾.

Chaves, S., Cassini, F., Pereira, L. A., Araújo, R. H., Martins, D. L., & Silva, B. (2022). Harder to suspend or alter feeding in last days of life? *Supporting Person: Food or Feeding*, 10.

10. Sánchez-Martín, T., Han, K., Ansteeck, K., Aires, N., Hwang, S. L., Smith, C. H., Raf, B., Samson, C. L., Martínez, L., & Davies, N. (2021). Family and/or professional experiences of supporting people living with dementia: nutrition and hydration needs versus the end-of-life. *Health & Social Care in the Community*, 2021.

11. Aaltonen, A. N., & Kesäniemi, M. (2020). Eating, Drinking, and Careful at End-of-Life: Perceptions of the ADHA Special Interest Group, 2020.

20/22

20

SÍNTESE

- ❖ As alterações alimentares na pessoa em fim de vida, são um **processo natural** na presença de doença avançada e progressiva;
- ❖ Os profissionais de saúde têm um **papel importante** no apoio educativo e **decisões informadas à família**, promovendo práticas do cuidado que respeitem o processo natural de morrer;
- ❖ Uma abordagem multiprofissional e **respeito pelos princípios éticos e dos desejos da pessoa e da família**, deverá ser garantida, salientando a importância de uma **comunicação clara** com a pessoa e a família, por forma a garantir decisões informadas;
- ❖ É importante desenvolver protocolos claros e baseados em evidências para orientar os profissionais de saúde, com o objetivo de apoiar decisões éticas e reduzir o impacto emocional;
- ❖ Importância dos cuidados centrados no **conforto e melhorar a qualidade de vida**.

Shupess, S., Casam, T., Pereira, L. A., Arjón, R. H., Ruffalo, D. L., & Wu, S. (2020). *Quando suspender a alimentação em fase final de vida? Dealing With the "When to Stop Eating" Question: Review of the Literature*. *Journal of Palliative Care*, 36, 1-10.

S. Aires, P. V., Oliveira, C. D., & Duarte, M. L. (2021). *Alimentação em Fim de Vida: Qual o Dilema?* *Chirurgia*, 48.

21/22

21



Alimentação e Hidratação no Fim de Vida: Desafios e Influências na Tomada de decisão

Sónia Vieira ep11399
3º Curso Mestrado em EMCEPSP
novembro, 2024

OBRIGADA

22

Anexo II



CERTIFICADO

PARTICIPAÇÃO

I JORNADAS DE ENFERMAGEM

CERTIFICADO APRESENTADO A:

Enfermeira Jónia Vieira

Pela participação na 1.ª edição das Jornadas de Enfermagem “Linha da Vida e Arte do Cuidar- Papel da Enfermagem ao Longo do Ciclo da Vida”, na qualidade de oradora na participação da Round Table abordando os cuidados no fim de vida, no dia 27 de março de 2025 pelas 15h30.

Jóssica Fonseca

Associação de Estudantes de
Enfermagem

Anexo III



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**
SAÚDE



CERTIFICADO

Certifica-se que: **Sónia Manuela Marinhos Vieira**, participou como formanda na formação: **Espiritualidade na era do Tic Toc**, realizado no dia 08/10/2024 das 13h30 as 15h00, na sala de formação 5º piso da Unidade de Macedo de Cavaleiros

Organização

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Anexo IV



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**
SAÚDE



CERTIFICADO

Certifica-se que: Sónia Manuela Marinhos Vieira, participou como formanda na formação: **“Vamos desenhar a morte”**, realizado no dia 11/11/2024 das 14h00 as 15h00, na sala de formação da UCP de Macedo de Cavaleiros

Organização



Anexo V



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

certificado

certifica-se que

Sonia Manuela Marinho Vieira

titular do número de identificação fiscal 208571825, frequentou e concluiu com aproveitamento o curso de formação:

Abordagem das Feridas Neoplásicas

que decorreu de 12-12-2024 a 12-12-2024, na unidade de Chaves, da unidade local de saúde trás-os-montes e alto douro, com a duração total de 01h00.

vila real, 03 de abril de 2025

a coordenadora da unidade de formação

Susana Tomás

Modalidade de formação: Formação em serviço

Serviço: Hdia Oncologia Médica - 877

Área de formação: Saúde

Programa da formação

Carga horária

Abordagem das Feridas Neoplásicas

01h00

- Entender o conceito de ferida neoplásica
- Classificar feridas neoplásicas
- Compreender a fisiopatologia das feridas neoplásicas
- Sintomas associados, avaliação e tratamento multidimensional.

Formador(es)

Catia Micaela Vital Silva Aguiar, Paulo Jorge Ferreira Cesar